

UNIVERSITÉ DE NANTES

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE

Année 2006

Thèse n°26

PIERCING DE LA LANGUE ET DES LEVRES :
CONSEQUENCES SUR LA SANTE

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée
et soutenue publiquement par :

Mademoiselle DOUZILLE Aurélie

Née le 03/04/1978

le 03/07/2006 devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur A. DANIEL
Assesseurs : Monsieur le Professeur B. GIUMELLI

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur G. AMADOR DEL VALLE
Co-directeur de thèse : Mademoiselle le Docteur E. CARRE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	6
-------------------	---

Partie I : GENERALITES SUR LE PIERCING	7
1. Définition.....	7
2. Historique et significations	7
2.1. Le piercing à travers l'histoire	7
2.2. Le piercing à notre époque	9
2.2.1. Dans les sociétés traditionnelles	9
2.2.2. Dans les sociétés modernes	10
3. Matériaux utilisés	13
3.1. Acier chirurgical.....	13
3.1.1. Acier chirurgical 316 L	13
3.1.2. Acier chirurgical 316 L anodisé	13
3.1.3. Acier chirurgical 316 LVM	14
3.2. Matériaux synthétiques.....	14
3.2.1. PTFE.....	14
3.2.2. PMMA	14
3.2.3. Bioplast.....	14
3.3. Argent.....	14
3.4. Or 18 carats.....	15
3.5. Titane	15
3.5.1. Titane chirurgical PVD (noir ou doré).....	15
3.5.2. Titane chirurgical anodisé	15
3.5.3. Titane chirurgical G 23.....	15
3.6. Nobium	15
3.7. Autres matériaux.....	15
4. Qui perce ?	16
5. Méthodes utilisées.....	16

Partie II : PIERCINGS DE LA LANGUE ET DES LEVRES	18
1. La langue	18
1.1. Anatomie	18
1.1.1. Anatomie descriptive.....	18
1.1.1.1. La face dorsale	18
1.1.1.2. La face ventrale	19
1.1.1.3. Les bords latéraux.....	20
1.1.2. Anatomie structurale	20
1.1.2.1. Le squelette lingual.....	20
1.1.2.2. Les muscles de la langue	21

1.1.3.	Vascularisation de la langue	24
1.1.3.1.	Vascularisation artérielle	24
1.1.3.2.	Vascularisation veineuse	25
1.1.3.3.	Vascularisation lymphatique	25
1.1.4.	Innervation de la langue	25
1.1.4.1.	Innervation motrice	25
1.1.4.2.	Innervation sensitive	26
1.1.4.3.	Innervation sensorielle	26
1.2.	Localisations sur la langue	27
1.3.	Piercings utilisés	28
2.	Les lèvres	29
2.1.	Anatomie	29
2.1.1.	Anatomie descriptive	29
2.1.2.	Anatomie structurale	31
2.1.2.1.	Peau et muqueuse	31
2.1.2.2.	Les muscles des lèvres	31
2.1.3.	Vascularisation des lèvres	34
2.1.3.1.	Vascularisation artérielle	34
2.1.3.2.	Vascularisation veineuse	35
2.1.3.3.	Vascularisation lymphatique	35
2.1.4.	Innervation des lèvres	36
2.2.	Localisation des piercings sur les lèvres	36
2.3.	Piercings utilisés	37

Partie III : COMPLICATIONS DUES AUX PIERCINGS DE LA LANGUE ET DES LEVRES		38
1.	Complications générales	38
1.1.	Infectieuses	38
1.1.1.	Hépatites	38
1.1.2.	VIH	39
1.1.3.	Endocardite d'Osler	40
1.1.4.	Tétanos	41
1.1.5.	Angine de Ludwig	41
1.1.6.	Abcès du cervelet	42
1.1.7.	Autres	42
1.2.	Allergiques	43
1.3.	Mécaniques	44
1.3.1.	Ingestion ou inhalation de bijou	44
1.3.2.	Lors de l'intubation en anesthésie générale	44
2.	Complications locales	45
2.1.	Dues aux suites opératoires	45
2.1.1.	Œdème de la langue	45
2.1.2.	Douleur	45
2.1.3.	Problèmes de déglutition	46
2.1.4.	Problèmes d'élocution et de mastication	46
2.1.5.	Augmentation du flux salivaire	46

2.2.	A court terme	46
2.2.1.	Infection locale	46
2.2.2.	Hyperplasies tissulaires	48
2.2.3.	Insertion du bijou dans la langue	48
2.2.4.	Incrustation du bijou dans la lèvre	49
2.2.5.	Domages nerveux sensitifs ou moteurs	49
2.2.6.	Courant galvanique	49
2.2.7.	Interférences avec les radiographies	50
2.2.8.	Interférence avec l'orthodontie	50
2.3.	A long terme	50
2.3.1.	Récessions gingivales	50
2.3.2.	Fissures et fractures dentaires	53
2.3.3.	Nécroses dentaires ou tissulaires	55
2.3.4.	Dysmorphoses cranio-mandibulaires	55
2.3.5.	Dépôt de tartre au niveau du piercing	55
2.3.6.	Migration dentaire	55
2.3.7.	Insertion du bijou dans la langue	56
2.4.	Implications générales	57
2.4.1.	Oedème avec insuffisance respiratoire	57
2.4.2.	Saignement prolongé au niveau de la langue	57
Partie IV :	CONDUITES A TENIR	58
1.	Prévention des complications	58
1.1.	Questionnaire médical	58
1.2.	Hygiène et stérilisation	59
1.2.1.	Hygiène	59
1.2.2.	Stérilisation	59
1.2.2.1.	Etapes de stérilisation	59
1.2.2.2.	Matériel et matériau utilisés	61
1.3.	Aptitude technique du pierceur	61
1.4.	Soins et conseils post-opératoires	61
2.	En pratique odontologique quotidienne	62
2.1.	Pour les radiographies	62
2.2.	Pour les anesthésies	62
3.	En curatif par les odontologistes	63
3.1.	Traitement des complications générales	63
3.2.	Traitement des complications locales	63
3.2.1.	Dues aux suites opératoires	63
3.2.2.	A court terme	63
3.2.3.	A long terme	64
3.2.3.1.	Récessions gingivales	64
3.2.3.2.	Fractures dentaires	65
3.2.3.3.	Nécroses	65
3.2.3.4.	Dépôt de plaque	66
3.2.3.5.	Migration	66
4.	Législation	66

Partie V : ETUDE CLINIQUE	68
1. Résultats	70
1.1. Age	70
1.2. Sexe	70
1.3. Catégorie socio-professionnelle	71
1.4. Localisation du piercing	71
1.5. Matériau du piercing	72
1.6. Complications	72
1.6.1. Suite à un piercing de la langue	72
1.6.2. Suite à un piercing des lèvres	73
2. Discussion	74
 CONCLUSION.....	 75
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	 76
 TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	 83
 AUTORISATIONS DE REPRODUCTION.....	 84

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, les chirurgiens-dentistes sont confrontés de plus en plus souvent à des patients présentant des ornements buccaux des plus divers. Les piercings, et plus précisément ceux intéressant la langue et les lèvres sont les plus fréquemment observés et peuvent être la cause de multiples désagréments des plus superficiels aux plus graves.

Aussi, après quelques généralités sur le piercing rappelant ses origines, les matériaux utilisés ainsi que les techniques pratiquées par les pierceurs, nous nous intéresserons plus particulièrement aux piercings de la langue et des lèvres.

Après quelques rappels anatomiques, nous traiterons des complications médicales générales ou locales possibles, à court, moyen et long terme après la pose de ce type de bijoux. Ensuite, nous détaillerons les conduites à tenir pour prévenir et traiter ces complications.

Partie I : GENERALITES SUR LE PIERCING

1. Définition

Le piercing est un acte non médical, volontaire, consistant à effectuer une perforation manuelle de la peau ou des muqueuses à l'aide d'une aiguille ou d'un cathéter pour y insérer une décoration, et est reconnu comme tel par la personne qui le fait faire (44).

2. Historique et significations

Le piercing n'est pas un acte récent. En effet, c'est une pratique très largement répandue dans le temps (de l'Egypte ancienne à nos jours) comme dans l'espace (de l'Afrique à l'Océanie). Cependant, les significations d'un tel acte diffèrent selon l'endroit, les cultures et les époques.

2.1. Le piercing à travers l'histoire

Dans l'Egypte ancienne, pour marquer leur **haut rang social**, les femmes des familles royales se faisaient percer le nombril. De même, les hautes castes mayas portaient au niveau de la langue des labrets en or pur (barre fermée par une boule vissée d'un côté et un disque plat de l'autre) (1,35,68).

Dans d'autres sociétés comme chez les eskimos d'Alaska ou les aléoutiens, on perçait la lèvre inférieure chez les petites filles de vingt jours avec un labret simple après un bain purificateur. Chez les garçons au moment de la puberté, on perçait la lèvre inférieure avec un couteau en ardoise pendant qu'une pièce de bois tenait l'arrière de celle-ci. Ce rituel marquait le passage de l'enfance à l'âge adulte et ainsi la possibilité de se marier et de participer à la chasse. Dans les deux cas, il s'agissait de **cérémonies de passage** dont le but était de marquer certains événements importants de la vie. A cette époque, les matériaux les plus souvent utilisés étaient la pierre, l'os et l'ivoire. Plus tard, ils furent remplacés par des matériaux plus modestes et restèrent réservés pour les occasions festives. Enfin, la taille, le matériau et le type de labret marquaient le rang social et l'âge (5,68).

Le piercing peut également avoir une **signification religieuse** comme c'était le cas pour les prêtres mayas qui se perçaient la langue lors de cérémonies religieuses (60). On les retrouve aussi dans certaines religions asiatiques comme le shamanisme, dans le sufisme (forme mystique de l'Islam) ou encore dans l'hindouisme en Inde où certains mystiques portaient à demeure des aiguilles en os ou en ivoire, au travers de la cloison nasale (32,72).

Dans d'autres civilisations, le piercing était un moyen de faire passer un **message d'allégeance à des personnages importants** comme ces centurions romains qui fixaient leur tunique par des anneaux aux mamelons pour marquer leur loyauté à l'Empereur (19,32) ou les esclaves, attachés à leur maître, qui se faisaient percer l'oreille en symbole de fidélité (28).

Certaines tribus d'Afrique utilisaient et utilisent toujours ces pratiques à des **fins esthétiques** : les femmes Makololos se percent la lèvre inférieure et mettent des sortes d'assiettes appelées « pelele » pour être attirantes (1,60,68). De même, au XIX siècle les femmes se faisaient percer le mamelon en signe d'élégance (30).

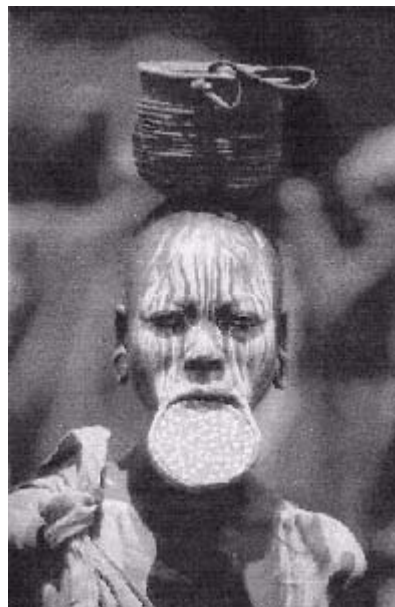


Figure 1: femme Makololo portant un "pelele" (photo tirée de antibabypiercing.over-blog.com (1))

Denis Bruna (10) a observé sur certains tableaux du Moyen-Age que l'anneau était fréquemment représenté à des endroits anatomiques multiples (l'oreille, la bouche, la lèvre, la cuisse...). Ce signe descriptif avait pour but d'identifier les personnes qui étaient différentes des autres de par leurs actes, leurs croyances ou leurs incroyances telles que les bourreaux, les prostituées, les lépreux, les juifs, les Noirs... En effet, à l'époque, mutiler le corps-œuvre de Dieu restait une infamie. Il s'agissait donc de mettre à l'écart ceux qu'ils appelaient des « infâmes », c'est-à-dire les marginaux et les **ennemis du Christianisme**. Il semblerait que le choix de l'anneau transperçant la chair provienne de son origine orientale, où il servait de parure à des peuples redoutés par la chrétienté occidentale (10).

L'essor du christianisme, à travers les missions d'évangélisation entreprises en Europe et poursuivies en Amérique, a contribué en grande partie au déclin des pratiques tribales et donc des rituels de perçages corporels.

2.2. Le piercing à notre époque

Il faut distinguer les pratiques de modifications corporelles, encore utilisées dans certaines tribus pour des raisons sociales et culturelles, des méthodes de piercing dans les pays industrialisés où les significations sont très différentes (affirmation d'une identité personnelle, recherche de spiritualité, rite personnel de passage, besoin esthétique ou recherche de plaisir sexuel).

2.2.1. Dans les sociétés traditionnelles

De nos jours, certaines pratiques ancestrales de modifications corporelles incluant les piercings persistent dans quelques sociétés traditionnelles extra-européennes où le corps est considéré comme un lieu magique (77). C'est le cas chez les papous qui portent des ossements dans le nez ou chez des tribus arborant tiges, stylets, anneaux et pendants d'oreilles ainsi que chez les hommes appenzellois qui portent l'Ohreschuefe à l'oreille droite. Il s'agit, dans ces cas, d'amulettes ou de talismans dont le but est de **protéger** contre la malchance ou tout autre force maléfique (77).

De même, les Indiens d'Amérique du Nord (les Mandans et les Lakota) portaient et portent toujours, des suspensions rituelles maintenues par des piercings au niveau de la

poitrine appelées « Sun Dance » ou « O-Kee-Pa » ce qui leur permettait d'atteindre **des états de consciences supérieures** (72).

2.2.2. Dans les sociétés modernes

Les pratiques de perçage corporel dans les sociétés anciennes et exotiques diffèrent du piercing contemporain de nos sociétés modernes en grande partie du fait qu'elles étaient et sont encore socialement imposées et codifiées (44). Elles faisaient partie intégrante de la culture et des modes de vie des tribus.

Le but était, alors, de « se fondre dans la masse », d'appartenir au groupe alors que dans les pays industrialisés, ce sont entre autre des personnes voulant se détacher de la société dite conventionnelle qui ont fait renaître certaines pratiques de modifications corporelles. En effet, dans les années 1970, il y a eu deux principaux foyers d'émergence du piercing (30,44) :

- le mouvement Punk, en Grande-Bretagne :

Les punks ont voulu marquer leur révolte par rapport à la société contemporaine en employant des méthodes choquantes : ils se transperçaient les lèvres, les joues ou les oreilles avec des épingles à nourrice. Le but n'était pas de s'affilier à un groupe mais plutôt d'exprimer le refus d'un monde jugé trop conformiste (30,72,77,44).

- les sado-masochistes sur la côte Ouest des Etats –Unis:

A Los Angeles, un groupe d'individus fréquentant les boîtes gays sado-masochistes se perçaient eux-mêmes le téton et le nombril (30,44,77,72). Le but était autant une recherche d'un plaisir non traditionnel que l'affirmation d'une orientation sexuelle différente. C'est aussi pour cette raison que les homosexuels portaient une boucle à l'oreille droite et que les femmes portant un bijou sur l'aile du nez étaient considérées comme des « filles légères » (32).

Il s'agissait donc de se marginaliser afin de trouver une **identification personnelle** (43). En effet, ces personnes n'adhéraient pas à un groupe mais à une culture urbaine similaire ou une orientation sexuelle particulière.

Ainsi, Le Breton, dans son livre intitulé « Signes d'identité : tatouages, piercings et autres marques corporelles » (43) parle « d'une démarche personnelle dont le but est

d'affirmer son identité personnelle en s'affiliant non pas à un groupe structuré mais à une sensibilité commune, tout en suivant sa propre voie ».

Dès lors, de nombreux sociologues et universitaires ont pensé au piercing en terme de **rite de passage** :

- Le Breton (43,66) observe que les traditions anciennes qui permettaient l'appartenance à un groupe ou le passage à un état social supérieur étaient transmises par les aînés qui organisaient et participaient à ces rituels initiatiques imposés. De nos jours, ce n'est plus le cas car la démarche de se faire piercer reste personnelle et volontaire (même si ces personnes ressentent le besoin de se faire accompagner par des amis). Il parle alors de **rite personnel de passage**.

- Lamer, Doctorante en Sciences des Religions, décrit le piercing comme une manière de ritualiser c'est-à-dire de « domestiquer un changement d'état et de stabiliser une identité qui se cherche » (66). Elle emploie, elle aussi, le terme de rite personnel.

Le plus souvent, Rouers (66) explique que ce qu'on appelle rite de passage ne serait en fait que l'acte de marquer des événements importants de la vie (mariage, passage d'un examen...) en utilisant le piercing comme moyen de souvenir (43). Il ne s'agit plus de rituel à proprement parler mais d'une maîtrise de son corps où la douleur et sa gestion prennent une part importante dans l'acceptation du changement. Dans le cas des adolescents, c'est en s'appropriant leur corps et en se détachant des valeurs parentales qu'ils renforcent leur estime de soi, ce qui leur donne l'impression d'évoluer, d'affirmer leur indépendance, de passer à une étape où ils sont maîtres de leur vie d'où le terme de rite de passage (43). Il faut cependant faire attention, car il semblerait que chez certaines personnes, le piercing pourrait entraîner une forme d'addiction. En effet, les sensations de bien-être et de victoire sur soi apportées lors de l'acte pourraient amener la personne à vouloir recommencer encore et encore (43).

Paradoxalement, les traditions et les rituels initiatiques ont été repris par certains individus qui ne s'attachent qu'au **côté spirituel** des modifications corporelles. C'est le cas des « Modern Primitives », terme revendiqué par un milliardaire américain Doug Malloy, qui a adopté le pseudonyme de Fakir Musafar depuis 1967. La majorité de ses performances consistent en des reconstitutions de rites tribaux. Les adeptes de ces pratiques recherchent une richesse émotionnelle, spirituelle et sexuelle en modifiant ou en modelant le corps par contorsion, constriction, privation, gêne, utilisation du feu, pénétration (piercing) ou

suspension. La douleur est pour eux fondamentale et c'est son dépassement qui permet d'atteindre des niveaux extatiques (66).

Là où certains voient le piercing comme un signe de rébellion, d'anticonformiste ou de défiance, d'autres l'assimilent à de l'auto-mutilation dont les objectifs sont une diminution de l'angoisse, des sentiments de rejet ou des symptômes de choc post-traumatique (50).

D'autres parlent même de possibles formes du Syndrôme de Munchausen (les malades atteints de ce syndrome simulent des affections pour être hospitalisés et subir des opérations inutiles, ils n'ont rien d'autre à gagner que l'attention du milieu médical) dans certains cas extrêmes (32).

Il y a une trentaine d'années, le piercing se voulait choquant. Il heurtait les habitudes sociales et la société portait sur lui un regard plutôt dépréciatif. Cependant, cette tendance a commencé à s'inverser vers les années 1990 et à laisser place à un véritable **phénomène de mode** (30,72,77). Le premier à avoir utilisé le piercing comme accessoire de mode est Jean-Paul Gautier dans un défilé en 1993 (44). Puis cette image a été véhiculée par les médias en général, les sportifs, les vedettes de la musique, du cinéma ... On retrouve ici la notion de recherche identitaire car les jeunes adolescents influençables de par leur manque de maturité et en pleine recherche d'eux-mêmes vont vouloir se faire piercer pour ressembler à leurs idoles ou s'affilier à un genre musical particulier (techno, gothique...) (43).

Cependant, malgré une acceptation sociale de plus en plus importante, il existe de nombreuses situations, comme un entretien d'embauche ou le passage d'un examen à l'oral, où les modifications corporelles restent mal perçues. C'est pourquoi de nombreuses personnes choisissent le piercing, car cela reste un **acte réversible**, un objet que l'on peut enlever à tout moment contrairement au tatouage ou à la scarification (43).

De nos jours, la plupart des personnes désirant se faire piercer, le fait pour le côté **esthétique** de l'acte (5,30,32,77). En effet, les bijoux sont de plus en plus diversifiés, que se soit au niveau des couleurs ou des formes.

A la différence des autres motivations, la notion de douleur n'a ici aucune signification. Elle est obligatoire (car le piercing se fait sans anesthésie) mais n'est pas recherchée.

De plus, Le Breton (43) observe que le piercing va de paire avec l'idée de jeunesse, et que les femmes se font souvent piercer avant 30 ans.

Enfin, les piercings attirent le regard de l'autre et permettent aux individus percés d'entrer dans un jeu particulier de séduction voire, pour d'autres d'agrémenter le plaisir sexuel. C'est souvent le cas pour les piercings de la langue qui permettent de multiplier les jeux sexuels ainsi que pour les piercings génitaux comme celui qui porte le nom du Prince Albert (72).

3. Matériaux utilisés

A certaines époques, on utilisait des matériaux tels que l'os, l'ivoire, le bois. L'or était réservé aux personnes « riches ». Aujourd'hui, le but des matériaux utilisés pour la confection des bijoux n'est plus de déterminer le rang social mais plutôt une recherche d'innocuité face au corps humain.

3.1.Acier chirurgical

C'est le plus utilisé par les pierceurs. Il en existe quatre sortes principales :

3.1.1. Acier chirurgical 316 L

On le trouve aussi sous l'appellation « Implantation Surgical Steel ». Il présente un grand risque d'allergie car il possède du nickel. Il est lourd, non biocompatible mais peu cher (1,57).

3.1.2. Acier chirurgical 316 L anodisé

C'est le même que le 316 L mais en couleur (1,57).

3.1.3. Acier chirurgical 316 LVM

Il est conforme aux normes européennes, c'est-à-dire qu'il contient moins de 0,05% de nickel (directive européenne du 20 Janvier 2001 : 94/27/EC). Il est donc interdit en première pose, durant la phase de cicatrisation mais autorisé à la vente pour être posé après cicatrisation. Il est lourd, peu biocompatible, présente un risque d'allergies et reste peu cher (1,30,37,57,44).

3.2. Matériaux synthétiques

3.2.1. PTFE

Il s'agit d'un plastique mou (polytétrafluoroéthylène) encore appelé **Téflon**. Il est flexible et solide, biocompatible mais n'est pas très esthétique. Il peut être posé pendant la phase de cicatrisation (1,3,30,37,57).

3.2.2. PMMA

Il s'agit d'une matière plastique inerte, dure (polyméthyl méthacrylate) encore appelé plexiglas® ou acrylique. Il est biocompatible, non poreux mais sa stérilisation en autoclave en altère les couleurs (1,30,37).

3.2.3. Bioplast

Il est biocompatible et garde un prix correct. L'esthétique est meilleure que pour le PTFE (1).

3.3. Argent

Il est peu utilisé car provoque beaucoup de réactions allergiques (1).

3.4.Or 18 carats

C'est le haut de gamme en bijou de piercing. Il est biocompatible mais lourd et cher (3,57).

3.5.Titane (57)

Il fait partie des matériaux haut de gamme (1,3).

3.5.1. Titane chirurgical PVD (noir ou doré)

Il est biocompatible mais un peu cher.

3.5.2. Titane chirurgical anodisé

La couleur est instable mais le prix reste abordable.

3.5.3. Titane chirurgical G 23

Il est biocompatible et conserve un prix abordable.

3.6.Nobium

Il est biocompatible mais très cher. Il est le choix idéal pour un piercing (1,3,37,57)

3.7.Autres matériaux

Il s'agit du bois, de l'os ou encore de la corne. Ce sont des matériaux poreux pouvant rendre la cicatrisation difficile. Ils sont à proscrire lors de la phase de cicatrisation (1).

4. Qui perce ? (30)

En France, aucune formation n'est exigée et aucune règle précise ne régit le piercing (42). Le terme de « pierceur » correspond à une hétérogénéité de statuts, techniques, niveaux de réflexion sur la sécurité des clients et enfin de pratiques commerciales.

La majorité des « pierceurs » ont individuellement développé un savoir-faire technique et accumulé une expérience remarquable qui en fait des professionnels du piercing. Leurs connaissances en anatomie, physique et chimie des matériaux, des méthodes d'antisepsie et de stérilisation sont le plus souvent d'origine autodidacte.

Il s'agit la plupart du temps de personnes possédant un magasin avec pignon sur rue et pratiquant d'autres méthodes de modifications corporelles telles que le tatouage ou les scarifications. Il apparaît depuis quelques temps des coiffeurs perceurs qui percent dans les salons de coiffure et des pierceurs ambulants, qui pratiquent dans les marchés, les fêtes, chez eux ou chez leur client.

Il existe des associations qui réunissent ces pierceurs : APP (Association of Professional Piercers), APERF, APPF.

Il se peut aussi que ce soit la personne elle-même qui se perce ou un ami.

5. Méthodes utilisées

Quel que soit le site percé, l'interrogatoire médical, entre autre pour mettre en évidence d'éventuelles allergies, n'est pas systématique. L'utilisation d'un champ stérile est rare et le port de gants stériles et de masque est aléatoire (30).

Dans un premier temps, le pierceur réalise une désinfection locale avec une solution antiseptique telle que le polyvidone iodé, la chlorhexidine, l'alcool à 60° ou des ammoniums quaternaires (5,30).

Le matériel couramment utilisé comprend une pince de Pennington (forceps) ou une pince à éponge, une aiguille pleine de large calibre (souvent 18) ou un cathéter de calibre 14 en général.

Le bijou démonté est nettoyé et stérilisé (30).

Ensuite, le pierceur repère et marque le site à percer avec un pied à coulisse et un stylo marqueur à alcool ou du violet de gentiane. Pour les piercings de la langue et de la lèvre, le tissu est alors clampé avec la pince et un bouchon stérile est placé à l'intérieur de la lèvre ou sur la face ventrale de la langue pour maintenir le tissu (4,5,30).

L'aiguille est insérée avec un geste rapide à travers la peau ou la muqueuse. La barre du bijou est solidarisée avec l'aiguille puis enfilée en lieu et place de l'aiguille par son trajet (pour la langue, la barre est insérée de la partie ventrale à la face dorsale).

Enfin, il visse la partie terminale du bijou (disque, boule...) (5,30).

En ce qui concerne le perçage au cathéter, l'aiguille est retirée laissant en place la gaine en plastique dans laquelle le bijou est ensuite enfilé. Puis, cette gaine est retirée et le bijou est complètement monté (52).

L'anesthésie locale est rare pour plusieurs raisons. D'abord à cause de la signification accordée à cette pratique (rites initiatiques...), ensuite parce que le pierceur ne peut utiliser des produits réservés à des professionnels de la santé. Cependant, il arrive que certains utilisent un anesthésique topique (4,52).

Certains pierceurs utilisent des pistolets automatiques spéciaux dont le mécanisme à ressort permet d'insérer un clou métallique au travers du site à percer (couramment utilisés en bijouterie pour les piercings des lobes d'oreilles), et secondairement de le fixer en arrière par un clip. Cependant, ces appareils ne sont pas stérilisables et leur utilisation reste controversée (30).

Partie II : PIERCINGS DE LA LANGUE ET DES LEVRES

1. La langue

1.1. Anatomie (29,51,78)

La langue est un organe musculo-membraneux destiné principalement à la phonation, la déglutition et la mastication. Elle se situe au niveau de la partie médiane du plancher buccal et est implantée sur un petit squelette ostéo-fibreux. La muqueuse linguale est le siège des organes du goût à l'origine de perceptions centrales et d'un réflexe sécrétoire dans le territoire des glandes salivaires annexées à la langue.

1.1.1. Anatomie descriptive

Ovale et aplatie, la langue est constituée d'une partie fixe, la racine, de situation postéro-inférieure et une partie antérieure mobile, seule partie visible à l'examen clinique.

1.1.1.1. La face dorsale

Convexe, horizontale en avant et verticale en arrière, elle présente à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs un sillon ouvert en avant : le sillon terminal. Juste en arrière se situe le foramen caecum, reliquat embryonnaire du tractus thyroïdienne.

Plus en arrière, cette face dorsale devient verticale et constitue la partie antérieure de l'oropharynx. Elle est soulevée par des amas lymphoïdes (les tonsilles linguales) et entre en rapport avec la face antérieure de l'épiglotte qu'elle refoule en arrière au cours de la déglutition obstruant ainsi l'orifice supérieur du larynx.

En avant du sillon terminal, neuf papilles circumvallées forment le V lingual qui sépare le segment buccal en avant, du segment pharyngien en arrière. Le sillon médian sépare les deux tiers antérieurs, du V lingual à l'apex de la langue et la muqueuse présente de nombreuses saillies que sont les papilles linguales.

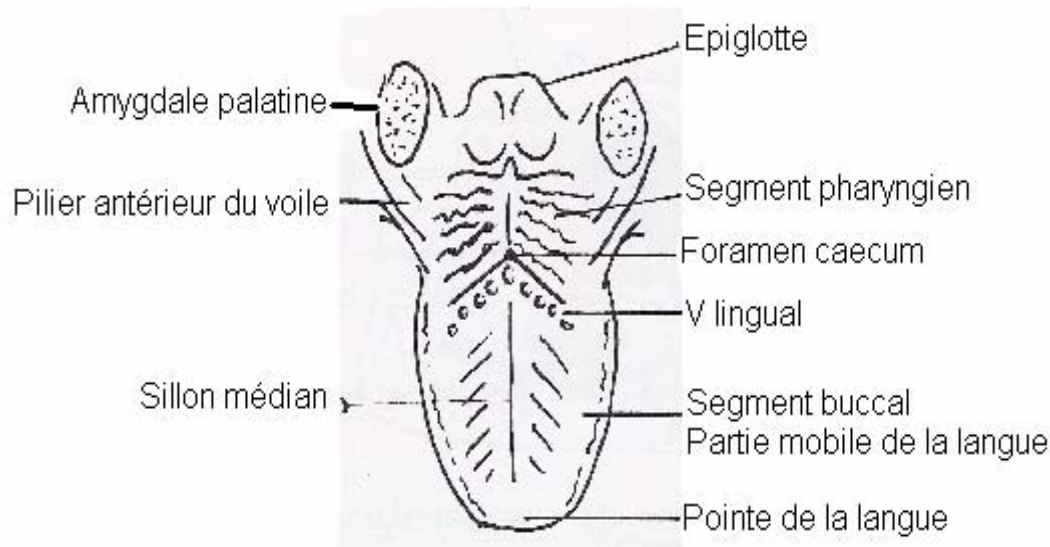


Figure 2: anatomie descriptive de la face dorsale de la langue

1.1.1.2. La face ventrale

La muqueuse de la face inférieure est plus mince, lâche et presque transparente. Elle est soulevée sur la ligne médiane par un repli muqueux, le frein de la langue recourbé en bas et en avant jusqu'à la partie médiane du sillon alvéolo-lingual ce qui la relie au plancher buccal. A la base du frein, les conduits sub-mandibulaires (canal de Wharton : canal excréteur de la glande sub-mandibulaire) et, un peu plus en dehors, les conduits sub-linguaux majeurs s'ouvrent au sommet des deux caroncules sub-linguales.

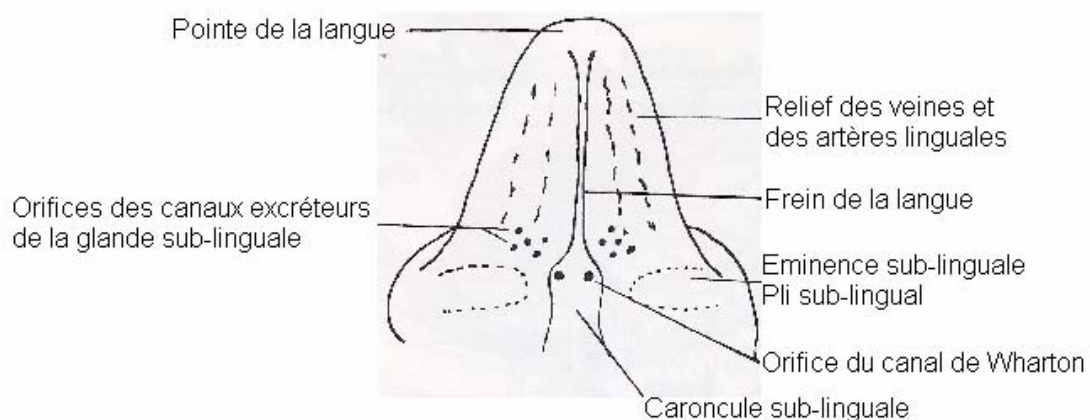


Figure 3: anatomie descriptive de la face ventrale de la langue

1.1.1.3. Les bords latéraux

Ils sont mousses, plus épais en arrière qu'en avant et répondent à la face linguale des dents.

1.1.2. Anatomie structurale

1.1.2.1. Le squelette lingual

Il est représenté par deux membranes : la membrane hyo-glossienne et le septum lingual.

Ces membranes sont reliées à l'os hyoïde, impair et médian situé sur la concavité de l'arc mandibulaire, à hauteur de la 4^e vertèbre cervicale. Il a la forme d'un fer à cheval à concavité postérieure, formé d'un corps antérieur et médian prolongé postérieurement par deux apophyses : les grandes cornes. Un peu en dedans naissent les petites cornes, obliques en haut et en arrière.

La membrane hyo-glossienne s'insère en bas sur le bord supérieur de l'os hyoïde d'une petite corne à l'autre. De là, elle monte verticalement se perdre dans l'épaisseur de la langue.

Le septum lingual est une lame fibreuse sagittale en forme de faux dont la base verticale se fixe au milieu de la face antérieure de la membrane hyo-glossienne, dont le bord supérieur est près du sillon médian de la face dorsale de la langue et dont la pointe se finit au niveau de l'extrémité antérieure de l'organe. Son bord inférieur, concave, est libre.

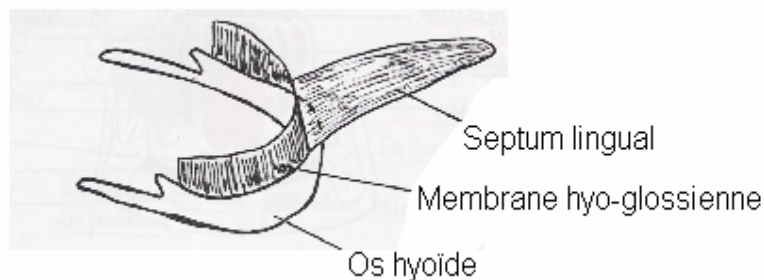


Figure 4: anatomie structurale. Le squelette lingual

1.1.2.2. Les muscles de la langue

La langue est composée de 17 muscles : 8 muscles pairs et 1 muscle impair. Ils naissent de la symphyse mentonnière, de l'os hyoïde, de l'épiglotte, du pharynx, de la styloïde ou du voile du palais.

Les muscles intrinsèques appartiennent à la langue sur toute leur étendue :

-Le muscle transverse de la langue

Il va des faces latérales du septum lingual à la face profonde de la muqueuse des bords latéraux de la langue.

- Le muscle vertical de la langue

Il va du dos à la face inférieure et n'existe que sur la partie antérieure de la langue.

Les muscles extrinsèques ont d'autres insertions que la langue :

-Le muscle longitudinal supérieur

Il va de l'épiglotte et de la petite corne de l'os hyoïde à la pointe de la langue. Il est le seul muscle impair. Il abaisse et raccourci la langue.

- Le muscle génio-glosse

Il est situé au dessus du génio-hyoïdien et est étalé en éventail sur les faces latérales du septum lingual. L'insertion antérieure se fait sur les épines mentonnières supérieures. Les fibres musculaires antérieures se dirigent vers la pointe de la langue, les fibres moyennes vers la face profonde de la muqueuse dorsale et les fibres les plus postérieures vers le bord supérieur de l'os hyoïde. Il abaisse la langue et la plaque contre le plancher buccal.

-Le muscle longitudinal inférieur

Situé en dehors du précédent, il se glisse entre le génio-glosse et le hyo-glosse pour aller de la petite corne hyoïdienne à la pointe de la langue. Il abaisse et rétracte la pointe de la langue.

- Le muscle hyo-glosse

Il forme la face latérale de la base de la langue, et prend son origine sur le bord supérieur du corps de l'os hyoïde, la petite corne et le bord supérieur de la grande corne. Il monte verticalement vers la base de la langue. C'est un abaisseur de la langue.

- Le muscle stylo-glosse

Issu du processus styloïde, il forme le relief du bord latéral de la langue. Il se dirige en bas et en avant puis se divise en deux faisceaux :

Le faisceau supérieur forme la moitié externe du dos de la langue ainsi que le relief du bord et se dirige vers la pointe de la langue.

Le faisceau inférieur va au septum lingual.

Il élève la langue en haut et en arrière.

- Le muscle pharyngo-glosse

C'est le faisceau lingual du constricteur supérieur du pharynx.

- Le muscle palato-glosse

Né de la face inférieure du voile du palais, dont il forme le pilier antérieur, il se dirige à la partie latérale de la langue.

- Le muscle amygdalo-glosse

Inconstant, il est tendu entre les amygdales et la langue.

La racine de la langue est fixée en avant à la mandibule par le muscle génio-glosse, en bas à l'os hyoïde par les muscles hyo-glosse, longitudinal inférieur, longitudinal supérieur, et en arrière au processus styloïde par le stylo-hyoïdien et au voile du palais par le palato-glosse qui constitue une véritable suspension de la langue.

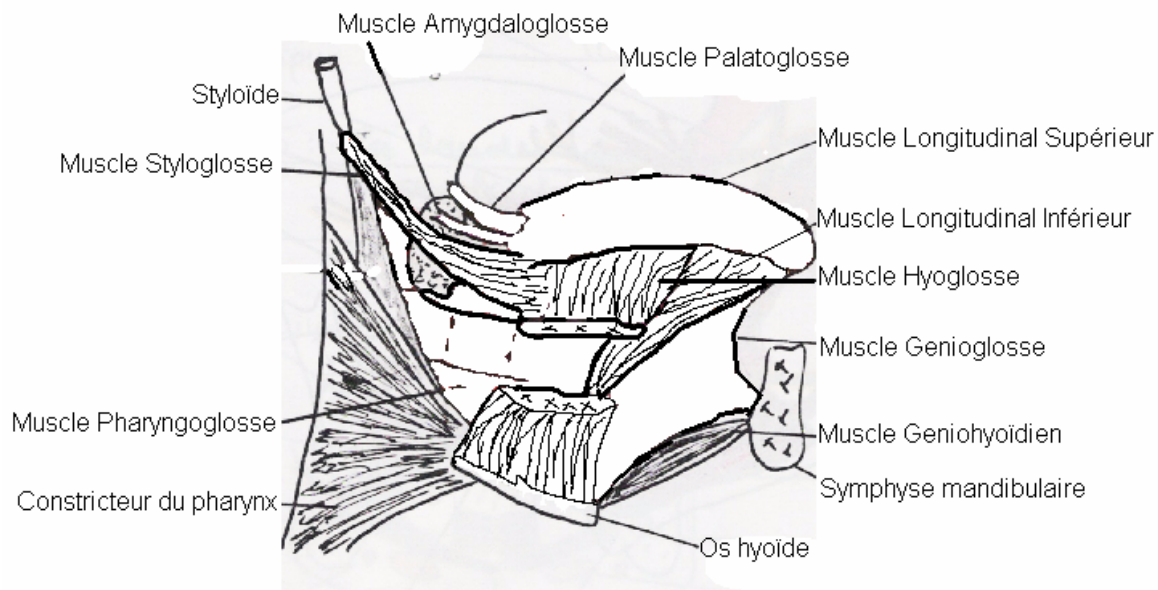


Figure 5: anatomie structurale. Les muscles de la langue: vue latérale droite

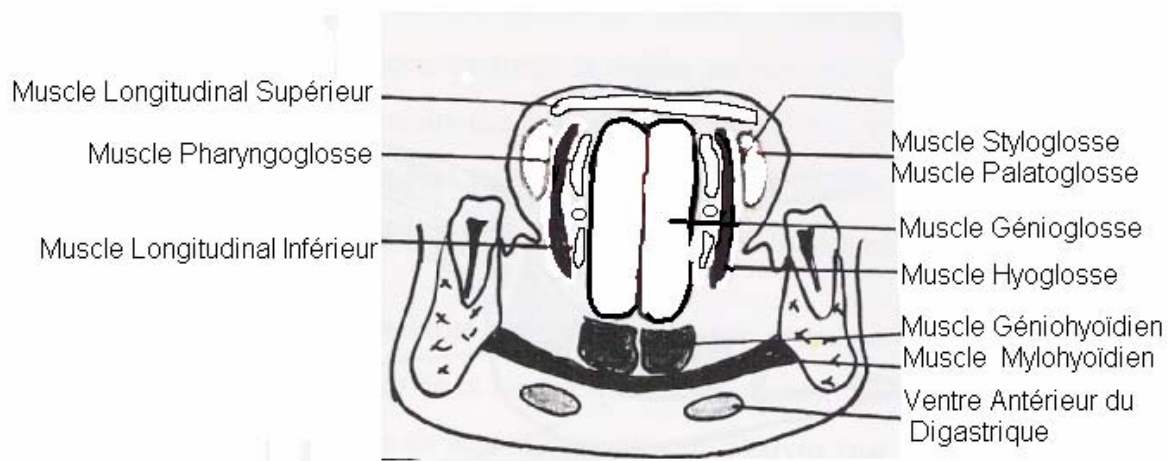


Figure 6: coupe frontale des muscles de la langue, vue antérieure

1.1.3. Vascularisation de la langue

1.1.3.1. Vascularisation artérielle

Elle dépend de trois artères :

- L'artère linguale vascularise toute la partie mobile de la langue. C'est la 2^e collatérale de l'artère carotide externe et elle naît au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. La base de la langue, le pilier antérieur du voile du palais et l'épiglotte sont vascularisés par une de ses collatérales qui s'enfonce dans la profondeur de la langue : l'artère dorsale de la langue. L'artère linguale passe, ensuite, en dedans du muscle hyo-glosse et à son bord antérieur donne ses deux terminales : l'artère profonde de la langue qui se dirige vers la pointe de la langue et l'artère sublinguale destinée à la glande homonyme et donne un rameau pour le frein de la langue.
- L'artère palatine ascendante, branche de l'artère faciale, vascularise la partie latérale de la base de la langue.
- L'artère pharyngienne ascendante, branche de l'artère carotide externe, vascularise la partie médiane de la base de la langue

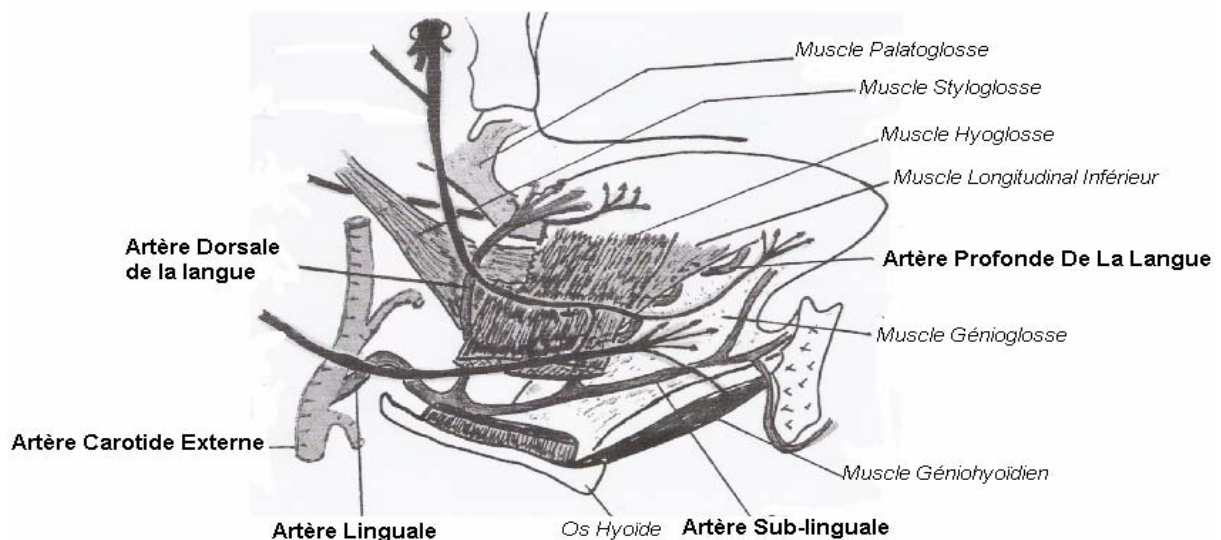


Figure 7: vascularisation de la langue

1.1.3.2.Vascularisation veineuse

Elle est assurée par trois groupes de veines de chaque côté :

- Les veines linguales superficielles, satellites des artères profondes puis du XII, reçoivent les veines dorsales de la langue.
- Les veines linguales profondes.
- Les veines dorsales.

Au niveau du bord postérieur du muscle hyo-glosse, les veines linguales superficielles se réunissent aux veines linguales profondes pour former un tronc unique qui se draine dans le tronc thyro-linguo-facial, puis dans la veine jugulaire interne.

1.1.3.3.Vascularisation lymphatique

Le drainage de la langue s'effectue vers les nœuds sub-mentaux pour l'apex et les nœuds sub-mandibulaires, jugulaires internes et en particulier le nœud jugulo-digastrique pour le reste de la langue.

Il n'y a pas d'anastomose entre les deux côtés mais le territoire médian est drainé des deux côtés.

1.1.4. Innervation de la langue

Elle est triple : motrice, sensitive et sensorielle.

1.1.4.1.Innervation motrice

Le nerf hypoglosse est le nerf de la majorité des muscles de la langue sauf pour le muscle palatoglosse et le muscle stylo-glosse innervés par le nerf facial et le nerf glossopharyngien.

Il pénètre dans la loge sublinguale en s'insinuant sous le prolongement antérieur de la glande sub-mandibulaire, dans la fente entre hyo-glosse, en dedans, et mylo-hyoïdien en dehors. Il pénètre ainsi dans la langue où il se ramifie.

1.1.4.2. Innervation sensitive

Le nerf glosso-pharyngien (IX) innerve la partie dorsale en arrière du V lingual, après avoir traversé la région stylienne, il devient satellite du muscle stylo-glosse.

Le nerf vague innerve l'épiglotte.

Le nerf lingual, branche du nerf mandibulaire, innerve la partie dorsale en avant du V lingual.

Il se situe immédiatement sous la muqueuse du vestibule inférieur latéral. Il passe en dehors, en dessous puis en dedans du conduit sub-mandibulaire.

L'excitation de la sensibilité simple de la langue provoque donc, par réflexe, la contraction des muscles de la langue, des muscles masticateurs et du pharynx et donc la déglutition.

1.1.4.3. Innervation sensorielle

La langue est l'organe du goût.

La sensibilité gustative des 2/3 antérieurs de la langue est recueillie par le nerf lingual, mais conduite par la corde du tympan et le nerf facial jusqu'aux centres de la salivation. De ces centres partent des axones qui suivent en sens inverse les fibres gustatives et innervent les glandes sub-mandibulaires et sublinguales. L'excitation des papilles gustatives antérieures provoque la sécrétion salivaire de ces glandes.

La sensibilité gustative du 1/3 postérieur de la langue est conduite par le nerf glosso-pharyngien jusqu'aux centres de la salivation. Les fibres issues de ces centres rejoignent la glande parotide. L'excitation des papilles gustatives postérieures provoque la sécrétion de salive par la parotide.

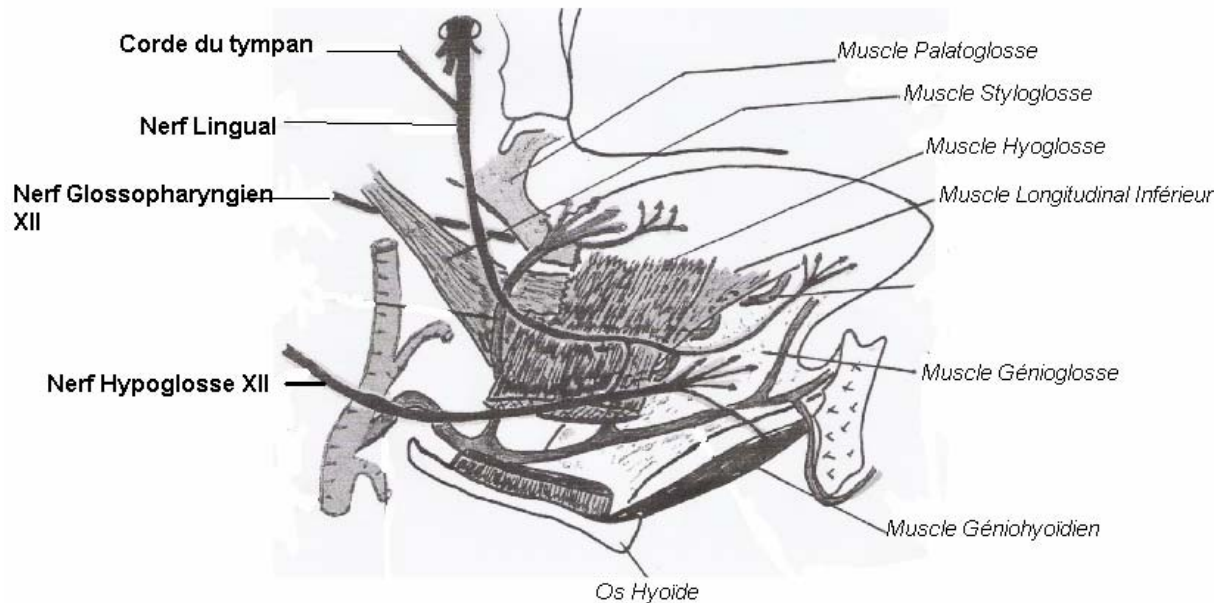


Figure 8: innervation de la langue

1.2. Localisations sur la langue

Le piercing le plus courant et présentant le moins de risques correspond au piercing dorso-ventral de la langue (52,59). Il s'effectue sur la ligne médiane de la langue, à deux ou trois centimètres de la pointe linguale, en avant du frein (78). Il peut également être réalisé plus en avant vers la pointe de la langue (52). Il peut y avoir un ou plusieurs piercings posés à cet endroit (4).



Figure 9: piercings dorsiventraux de la langue

Le perçage dorso-latéral est plus rare en raison des risques d'atteintes de certaines veines ou nerfs linguaux. Les deux sphères du bijou sont situées sur le dos de la langue, au niveau de ses bords latéraux dans une direction antéro-postérieure (52,59).



Figure 10: dessin de piercings dorso-ventral et dorso-latéral de la langue

1.3.Piercings utilisés

Pour les piercings dorso-ventraux, les formes les plus répandues sont les barres ou « barbells » : barre fermée par deux boules vissées à chaque extrémité (4,35,52,78). Elles peuvent être droites ou courbes appelées alors « banana ». Lors de la phase de cicatrisation, la barre est formée d'une tige de 22 mm puis après disparition de l'œdème, elle peut être remplacée par une tige de 18 mm avec un jonc de 1,6 mm (52).



Figure 11: photos de barbell (photos tirées de safepiercing.org (67))

Pour les piercings dorso-latéraux, on peut utiliser des anneaux complets ou en fer à cheval.

Dans tous les cas, les bijoux peuvent être fermés par des clips ou vissés, avec ou sans ornements et les boules ne dépassent pas 5 mm de diamètre (52,78).



Figure 12: photos d'anneau complet et de fer à cheval (photos tirées de safepiercing.org (67))

2. Les lèvres

2.1. Anatomie

Les lèvres sont des replis musculo-membraneux qui circonscrivent la fente orale. Elles interviennent dans la préhension alimentaire, dans la mastication, dans la phonation. Elles assurent l'étanchéité buccale et la continence salivaire. Elles jouent un rôle important dans la mimique faciale.

2.1.1. Anatomie descriptive

La région labiale est impaire, située à la partie médiane de l'étage inférieur de la face. Elle est limitée, sur son versant externe, en haut par le seuil narinaire et le pied de la columelle, en bas, par le sillon labio-mentonnier et latéralement par les deux sillons nasogéniens. Sur le versant interne, elle est limitée par le fond des vestibules buccaux.

Les deux lèvres sont jointives au repos, elles sont réunies latéralement par les commissures labiales de chaque côté. Chaque lèvre comprend une partie cutanée appelée lèvre blanche et une partie muqueuse appelée lèvre rouge constituée d'une portion semi-muqueuse, le vermillon ou lèvre sèche et d'une portion muqueuse, humide, qui s'étend jusqu'au fond des vestibules buccaux et présente sur la ligne médiane un repli : le frein labial supérieur et le frein labial inférieur. Chaque lèvre comprend aussi une ligne de jonction cutanéomuqueuse ou limbe ou ourlet cutanéomuqueux, limite saillante, nette, au tracé harmonieux entre lèvre blanche et lèvre rouge.

La lèvre blanche supérieure comprend une dépression médiane : le philtrum bordé des crêtes philtrales. Le limbe qui limite le philtrum en bas porte le nom d'arc de cupidon.

Le frein labial supérieur s'insère à la face profonde de la peau du philtrum pour rejoindre le canal naso-palatin à travers la suture incisive.

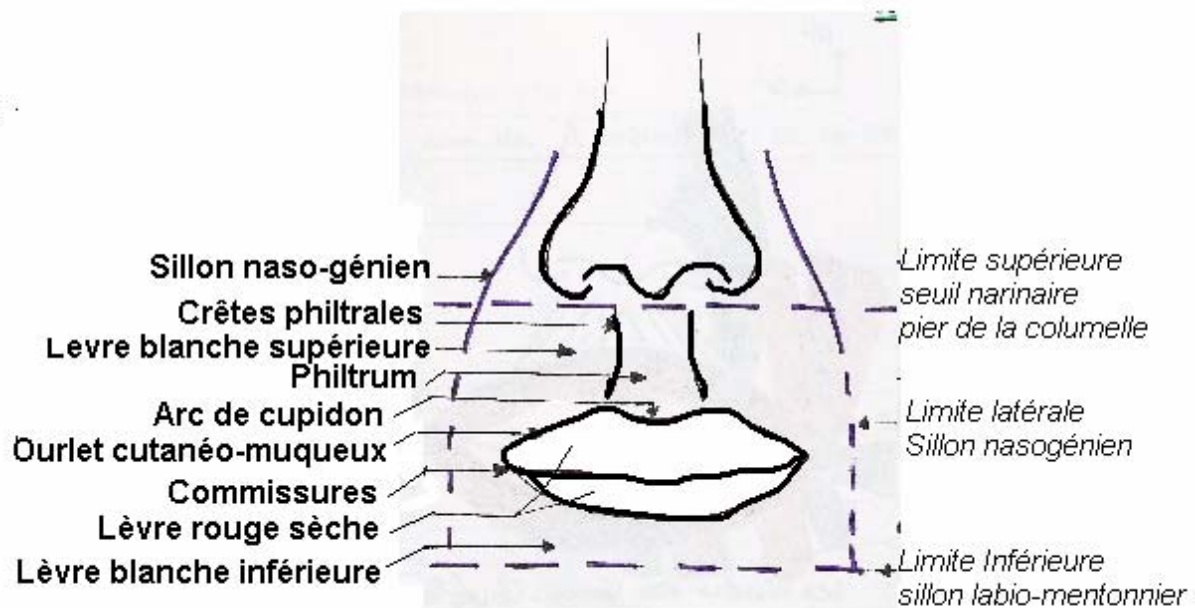


Figure 13: anatomie descriptive des lèvres. Vue de face

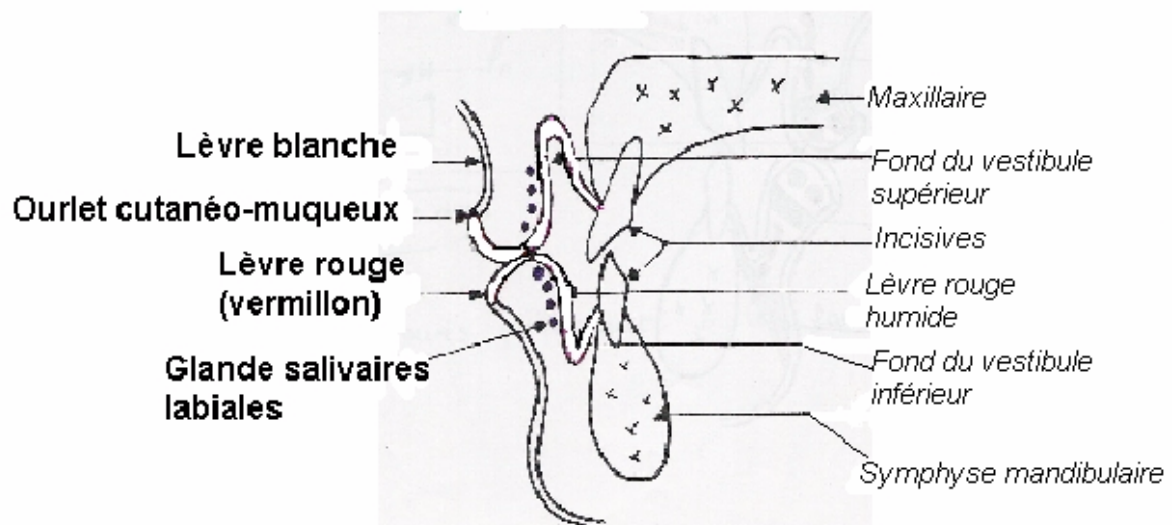


Figure 14: anatomie descriptive des lèvres. Coupe sagittale médiane

2.1.2. Anatomie structurale

2.1.2.1. Peau et muqueuse

La peau des lèvres est épaisse et adhérente au plan musculaire sous-jacent, elle comprend de nombreux follicules pileux.

La lèvre humide est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié séparé du plan musculaire par un tissu conjonctif lâche riche en glandes salivaires accessoires.

Le vermillon est constitué d'un épithélium de transition.

2.1.2.2. Les muscles des lèvres

- Le muscle orbiculaire des lèvres

Il occupe l'épaisseur des lèvres. Il comprend une partie labiale avec des fibres propres à insertion uniquement cutanée qui vont d'une commissure à l'autre en suivant un trajet curviligne, des muscles incisifs à insertion osseuse (deux supérieurs et deux inférieurs), des fibres sagittales formant le compresseur des lèvres et une partie marginale composée de fibres provenant de l'abaisseur de l'angle de la bouche, du risorius et du platysma pour la lèvre supérieure, du releveur de l'angle de la bouche pour la lèvre inférieure et du buccinateur pour les deux lèvres.

C'est le seul constricteur de l'orifice buccal. Il fronce les lèvres en les projetant en avant ou en arrière. Il participe à la succion, au sifflement, à la préhension des aliments, au baiser, à l'expression de la moue et de la bouderie.

- Le muscle petit zygomatique

Il va de la partie moyenne de la face externe de l'os malaire à la face profonde de la peau de la lèvre supérieure. Il attire en haut et en dehors la partie externe de la lèvre supérieure.

- Le muscle grand zygomatique

Il est situé en dehors du petit zygomatique et va de la face externe de l'os malaire à la peau et à la muqueuse de la commissure des lèvres. Il est dilatateur de la bouche dans la préhension des aliments et la respiration difficile. Il joue un rôle considérable dans la mimique. Il est à la fois muscle de la grimace et de la joie.

- Le muscle risorius

Inconstant, mince et triangulaire, il va de l'aponévrose massétérine à la peau de la commissure labiale. Il allonge la bouche dans le sens transversal et est auxiliaire des muscles du rire.

- Le muscle buccinateur

Il s'étend entre les deux maxillaires et la face profonde de la peau de la commissure et du 1/3 externe des lèvres. Il joue un rôle important dans la mastication, le souffler, le siffler et le jeu des instruments à vent.

- Le muscle abaisseur de l'angle oral

Il s'étend de la partie antérieure de la ligne oblique externe de la mandibule à la peau de la commissure et de la lèvre inférieure. Il abaisse la commissure en bas et en dehors et entre en jeu pour la mastication et la respiration difficile.

-Le muscle releveur de l'angle oral

Il s'étend de la fosse canine du maxillaire à la face profonde de la peau de la commissure et de la lèvre inférieure. Il élève la commissure et la lèvre inférieure.

- Le muscle platysma

Il recouvre la région antéro-latérale du cou et la partie inférieure de la face. Ses insertions supérieures sont plus précisément : la peau du menton, le bord inférieur de la mandibule, la partie antérieure de la ligne oblique externe et la peau de la commissure et de la joue. Soit il abaisse la commissure labiale, soit il tend et plisse la peau du cou.

- Le modolius

L'ensemble de ces muscles moteurs des commissures labiales forme le modolius : noyau fibreux para-commissural formé par l'entrecroisement des fibres de ces muscles.

- Le muscle releveur nasolabial ou releveur de la lèvre supérieure et de l'aile du nez

Il s'étend depuis la face latérale de l'apophyse montante du maxillaire, s'étend en éventail pour s'attacher à la peau et au cartilage du bord postérieur de l'aile du nez et à la peau de la lèvre supérieure à sa partie latérale.

- Le muscle releveur de la lèvre supérieure

Il s'étend de la moitié médiale du rebord infra orbitaire jusqu'à la face profonde de la peau du bord postérieur de l'aile du nez et de la partie médiale de l'hémi-lèvre supérieure. Il élève la lèvre supérieure et l'aile du nez. C'est un muscle inspireur, il joue également un rôle dans le mécontentement, le chagrin et le pleurer.

- Le muscle abaisseur de la lèvre inférieure

Il est situé à la partie latérale du menton et de la lèvre inférieure, il s'insère au niveau du tiers antérieur de la ligne oblique externe de la mandibule, monte oblique en haut et en dedans pour s'attacher à la face profonde de la peau de la lèvre inférieure. Il abaisse en bas et en dehors la moitié correspondante de la lèvre inférieure, il joue un rôle dans les mimiques de la bouderie et de l'ironie.

- Le muscle mentonnier

Il est constitué de deux faisceaux situés de part et d'autre de la ligne médiane et s'étend de la saillie alvéolaire des deux incisives et de la canine jusqu'à la peau du menton. Il est élévateur de la peau du menton et de la lèvre inférieure. Il agit dans la mastication, dans l'occlusion avec effort, la protraction des lèvres et donc dans l'action du baiser et de l'insufflation. Il est nécessaire à l'articulation des sons notamment pour le O et le U et pour

les consonnes B, J, G, M, P, V. Il joue un rôle dans l'expression de l'hésitation, du doute, du dédain et du dégoût.

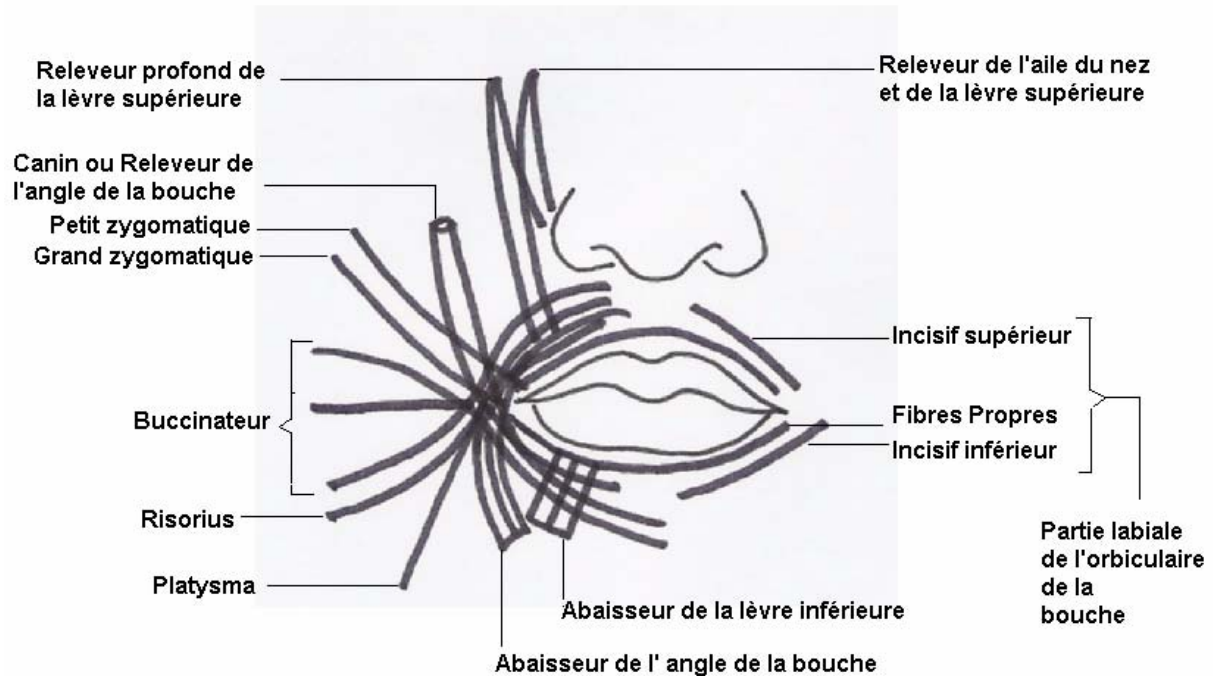


Figure 15: les muscles des lèvres

2.1.3. Vascularisation des lèvres

2.1.3.1. Vascularisation artérielle

Elle dépend principalement des artères labiales supérieures et inférieures, branches de l'artère faciale. Nées près de la commissure, elles cheminent de dehors en dedans à la face profonde du plan musculaire, pour s'anastomoser sur la ligne médiane avec leurs homologues du côté opposé.

Des collatérales directes de l'artère faciale et des branches terminales de l'artère sphéno-palatine vascularisent la lèvre supérieure.

Des collatérales directes de l'artère faciale et des collatérales de l'artère submentale vascularisent la lèvre inférieure.

2.1.3.2.Vascularisation veineuse

Elle dépend des veines labiales supérieures et inférieures qui suivent le trajet des artères homonymes et gagnent la veine faciale.

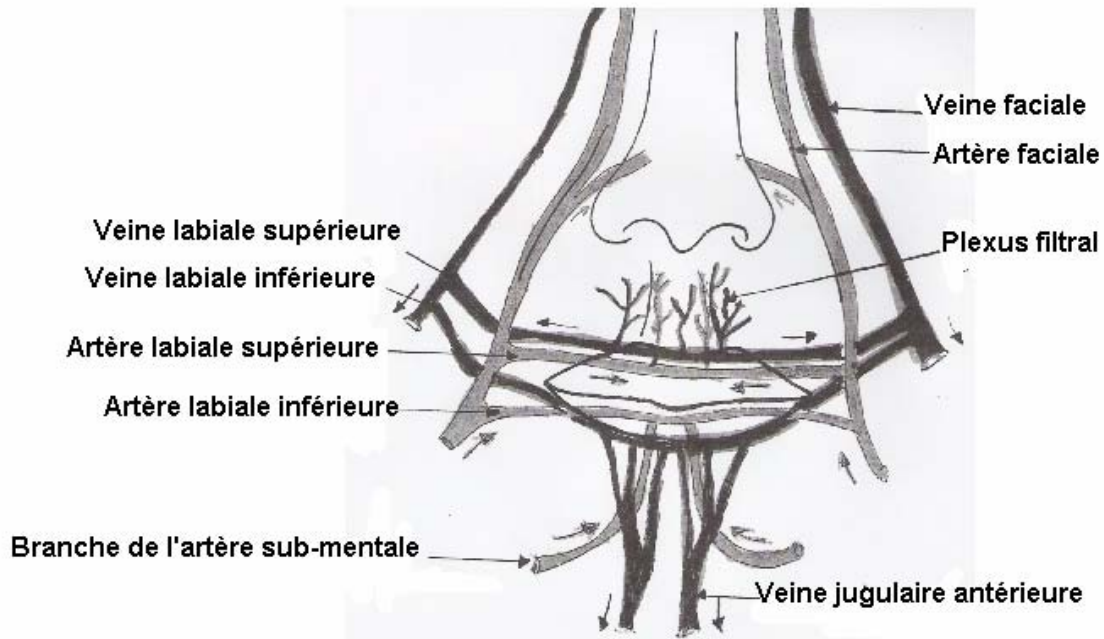


Figure 16: vascularisation et innervation des lèvres. Vue de face

2.1.3.3.Vascularisation lymphatique

Au niveau de la lèvre supérieure, le drainage s'effectue vers les ganglions sub-mandibulaires puis vers la chaîne jugulaire interne.

Les 3/5 de la lèvre inférieure se drainent vers les ganglions sub-mentaux puis vers la chaîne jugulaire antérieure.

Les 1/5 externes de la lèvre inférieure se drainent vers les ganglions sub-mandibulaires, sous-digastriques puis vers la chaîne jugulaire interne.

2.1.4. Innervation des lèvres

L'innervation motrice dépend du nerf facial (VII).

L'innervation sensitive dépend du nerf trijumeau (V) :

- Le nerf infra-orbitaire (V2) pour la lèvre supérieure.
- Le nerf mentonnier (V3) pour la lèvre inférieure.

2.2. Localisation des piercings sur les lèvres

Le piercing le plus courant se situe au niveau du sillon labio-mentonnier de la lèvre inférieure et est appelé « labret ». Il peut être placé immédiatement au dessous du bord vermillon de la lèvre ou plus centré, à mi-chemin entre celui-ci et la partie inférieure du menton (52,59,78).

Il existe aussi des piercings placés de part et d'autre du sillon labio-mentonnier ou au niveau du frein labial inférieur.

Au niveau de la lèvre supérieure, on retrouve des piercings situés en position central sur le philtrum appelés « médusa » et d'autres situés de part et d'autre dénommés « mouches » ou « madonna ». On retrouve aussi des piercings au niveau du frein labial supérieur (52).



Figure 17: piercing médusa

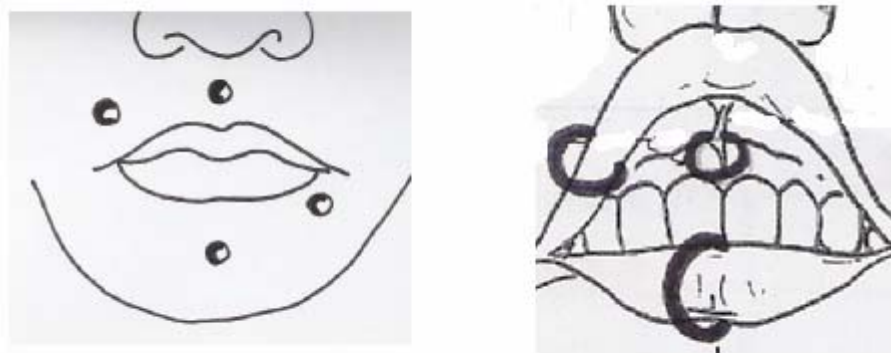


Figure 18: les différentes localisations possibles sur les lèvres

2.3. Piercings utilisés

Pour les piercings des lèvres, les bijoux les plus utilisés sont les « goujons de Labret » : sorte de barbell avec un disque plat à la place d'une boule (35) ; et les anneaux à boules ou continus (52,78).



Figure 19: piercings "goujons de labret"

Pour les piercings placés au niveau des freins labiaux, on utilisera préférentiellement des anneaux (52).

Partie III : COMPLICATIONS DUES AUX PIERCINGS DE LA LANGUE ET DES LEVRES

1. Complications générales

Les complications générales dues aux piercings sont encore peu décrites dans la littérature médicale et encore moins lorsque l'on se restreint aux piercings de la langue et des lèvres. On peut cependant considérer que les risques sont identiques aux autres localisations étant donné que les méthodes utilisées pour percer sont les mêmes (on exclura cependant les complications mécaniques qui restent ciblées aux piercings de la langue et des lèvres).

1.1. Infectieuses

Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France a émis un avis concernant les règles de prophylaxie des infections pour la pratique « d'actes corporels » sans caractère médical avec effraction cutanée (tatouage, piercing, dermographie, épilation par électrolyse, rasage) lors de la séance du 15 Septembre 2000.

Il en ressort que le rôle de ces pratiques dans la transmission de virus semble difficile à déterminer, que le risque est difficilement quantifiable mais que la transmission d'agents infectieux en particulier viraux est possible, dès lors qu'il s'agit d'actes entraînant une effraction cutanée, liée à l'acte ou accidentelle, avec effusion de sang ou de liquide biologique (15).

1.1.1. Hépatites

La pratique du body piercing a été mise en cause dans la transmission d'hépatites virales (hépatites B ou C) ainsi que microbiennes (staphylocoques, streptocoques, pyocyaniques) lors d'études récentes (46).

La transmission potentielle peut se faire soit de pierceur à client par l'intermédiaire d'une faute d'asepsie, de souillures sanguines ou de matériel mal voire non stérilisé ; soit de client à client lorsque la peau est mal désinfectée ou lorsque le bijou est partagé entre amis (34,46).

Plusieurs cas d'hépatites fulminantes fatales ont été décrits immédiatement après un piercing, dont deux cas d'hépatite B aiguë dans un même salon de piercing aux Pays-Bas (30,72).

Le virus de l'hépatite C touche environ 175 millions de personnes dans le monde. Une étude a montré que sur 90 australiens atteints de ce virus, 47% considéraient le body piercing comme étant potentiellement responsable de leur contamination (17). Une autre étude a mis en évidence le manque de connaissances des body-pierceurs sur la transmission de ce virus ainsi que leur ignorance ou leur incertitude face à une possible contamination due à la pratique du piercing (34).

1.1.2. VIH

Les données scientifiques quant à une possible transmission par le VIH lors des pratiques de body-piercing sont rares. Cependant, le risque de transmission du VIH est attesté lors d'accidents d'exposition au sang chez les professionnels de la santé surtout lors d'utilisation d'aiguilles creuses souillées. Or, les pierceurs utilisent aussi des aiguilles creuses et le saignement est courant lors de ces pratiques (30).

A l'heure actuelle, un seul cas a été décrit, en 1998, par David Pugatch et coll. (61). La preuve que la transmission du virus était due aux piercings n'a pas pu être faite mais cela reste l'hypothèse la plus vraisemblable : il s'agissait d'un américain de 35 ans, homosexuel, dépisté séronégatif sept fois entre Mars 1990 et Juillet 1994 et séropositif en Novembre 1994. Durant la période de séroconversion, il a fait réaliser plusieurs piercings à différents endroits anatomiques et dans différentes villes américaines et européennes. Entre autre, durant cette période, il a eu trois partenaires sexuels sans conduite à risque (rapports protégés), n'a pas été transfusé et n'a pas eu recours à l'injection de drogues.

On ne peut donc pas exclure le risque potentiel de transmission du VIH lors de piercing même si à ce jour il n'existe aucune preuve dans la littérature médicale.

1.1.3. Endocardite d'Osler

Il s'agit du résultat d'une greffe microbienne sur un endocarde préalablement lésé, ou secondaire à une bactériémie spontanée ou provoquée. Il y a mise en circulation de bactéries dans le sang, à partir d'un foyer infectieux, qui vont aller se fixer au niveau des valves cardiaques (du fait des turbulences) et former des végétations envahissantes. On obtient un foyer infectieux intracardiaque avec la possibilité que ces végétations se détachent, essaient à distance et provoquent une septicémie pouvant provoquer le décès. Les germes les plus souvent mis en cause sont les streptocoques, les staphylocoques, candida et les bacilles négatifs du groupe HACEK.

Lors des manœuvres de piercing, il y a effraction de la barrière cutanée ou muqueuse et donc, possibilité d'une éventuelle contamination bactérienne sanguine. Dans la littérature médicale, au moins trois cas avérés d'endocardite liée à un piercing buccal ont été décrits.

Dubose J. et coll. (19) décrivent le cas d'une femme de 18 ans sans antécédents médicaux, n'ayant pas reçu de soins dentaires récents, et n'utilisant pas de drogue, se présentant dans un centre médical suite à une fièvre élevée, des nausées, des malaises et une difficulté respiratoire à l'effort. Les examens ont permis de diagnostiquer un œdème pulmonaire, une embolie septique et une endocardite au niveau de la valve mitrale due à une infection à staphylocoque doré. La jeune femme s'était faite faire un piercing de la langue 6 semaines avant les premiers symptômes et dit avoir prêté le bijou 4 jours après à un ami pour qu'il perce à nouveau sa propre langue. Elle a ensuite remplacé le bijou sans précaution de nettoyage particulière.

Friedel M. et coll. (27) décrivent le cas d'un homme de 26 ans sans antécédent particulier se présentant dans un hôpital suite à deux semaines de symptômes grippaux allant en s'aggravant avec une température élevée et une léthargie sévère. Il était atteint d'une endocardite de la valve mitrale due à *Haemophilus parainfluenzae* (membre du groupe HACEK). Une semaine avant les premiers symptômes, il s'était fait poser une barre en forme de clou au niveau du frein labial supérieur et il utilisait de l'eau salée et de la Listérine pour traiter l'irritation locale.

Enfin, Tronel H et coll. (74) ont décrit un cas d'endocardite liée à la présence de *Neisseria mucosa*. Une jeune femme de 20 ans présentant depuis deux semaines une fatigue, des myalgies, des arthralgies et une fièvre intermittente se présente dans un centre médical. Elle n'a pas d'antécédent médical mais s'est faite posé deux piercings sur la langue un mois avant, dont un qu'elle a ôté 3 jours avant de consulter car il était douloureux et le site présentait un écoulement purulent.

1.1.4. Tétanos

Plusieurs cas de tétanos ont été décrits en Afrique Sub-saharienne et en Inde suite à des piercings corporels (30).

Le cas d'une femme de 27 ans atteinte de tétanos suite à un piercing du nombril a été répertorié aux USA. Dix jours après s'être faite elle-même le piercing avec une aiguille « stérile », elle s'est présentée dans un centre médical avec une douleur sévère de la face et un trismus. La seule blessure présente se trouvait au niveau du nombril avec un érythème et un suintement purulent. Le diagnostic de tétanos a été posé et elle a reçu le traitement adéquat (54).

Dyce et coll. (21) ont décrit le cas d'une patiente atteinte de tétanos après piercing de la langue avec des séquelles persistant 6 mois après le traitement (45).

On peut espérer que le peu de cas recensés de transmission de cette bactérie est dû à la présence du vaccin tout du moins dans les pays développés.

1.1.5. Angine de Ludwig

L'angine de Ludwig est relativement rare. Il s'agit d'une infection se propageant rapidement dans le tissu conjonctif et évoluant vers les espaces sub-mandibulaires, sub-mentaux et sub-lingaux bilatéraux (59,71).

Une douleur de la langue associée à un œdème important, des difficultés respiratoires pouvant obstruer les voies aériennes supérieures, des difficultés pour déglutir et pour parler font parties des signes de l'angine de Ludwig (59).

Perkins et coll. (58) ont décrit le cas d'une femme de 25 ans qui présentait une angine de Ludwig 4 jours après s'être fait percer la langue. Elle présentait une hypertrophie de la langue et du plancher buccal avec une tuméfaction des espaces sub-mentaux et sub-mandibulaires.

1.1.6. Abscesses du cervelet

Les abcès du cervelet sont le plus souvent développés secondairement à la propagation d'une infection provenant d'un site proche de l'oreille ou du sinus. Cependant un cas a été reporté suite à un piercing de la langue (49).

Martinello et coll. (49) décrivent le cas d'une femme de 22 ans qui s'est fait posé un piercing au centre de la langue. Quatre jours après, il était douloureux et le site présentait un suintement malodorant et purulent. Aucun autre symptôme n'était présent et tout est redevenu normal une fois que le bijou fut retiré. Quatre semaines après, elle consulte pour un mal de tête lancinant, aiguë et diffus, des nausées, des vomissements et des vertiges. L'examen médical n'a rien révélé de particulier mais le scanner a montré une lésion étendue entourée d'œdème au niveau du cervelet droit et l'IRM a confirmé la présence d'un abcès isolé du cervelet. Les colorations de Gram ont rapporté la présence de nombreux leucocytes, des cocci Gram positif en diplocoques et en chaînettes ainsi que des bacilles Gram positif et Gram négatif. Les cultures montrent la présence de *Streptococcus viridans*, de *Peptostreptococcus micros*, d'*Actinomyces* et d'*Eikenella corrodens*. Aucune infection de l'oreille, des sinus ou des dents n'a été trouvée.

Dans ce cas, l'histoire récente de l'infection de la langue suite au piercing, l'isolation d'une flore microbienne orale à partir des cultures réalisées au niveau de l'abcès et l'absence d'une autre explication suggère que la langue pourrait être la source de cet abcès du cervelet.

1.1.7. Autres

D'autres infections peuvent être transmises lors d'actes de piercings corporels. Des cas d'érysipèles dus à *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes* ont été décrits ainsi qu'une primo-infection à *Mycobacterium tuberculosis* en 1952. Des infections à staphylocoques responsables d'ostéomyélites et d'arthrites septiques sont survenues suite à un piercing du lobe de l'oreille. En 1984, un cas de glomérulonéphrite post-streptococcique chez

un garçon de 17 ans suite à un piercing de l'oreille a été publié. De même, des chondrites à *Pseudomonas aeruginosa* ou *Staphylococcus aureus* ont compliqué des piercings auriculaires (30).

Il peut également y avoir transmission d'autres virus tels que l'Herpès simplex et l'Epstein Barr bien que les observations sur ce sujet restent rares (71,73).

1.2.Allergiques

L'érosion des couches d'argent ou d'autres produits de finition sur des bijoux de pauvre qualité peut entraîner l'exposition d'un matériau sous-jacent qui peut retarder la cicatrisation voire provoquer des réactions allergiques (4,59).

Une étude a été réalisée en 2001 pour tenter de démontrer une relation entre le port d'un ou plusieurs piercings et la présence d'allergies aux constituants des bijoux. Les personnes étaient soit non percées, soit possédaient un ou plusieurs piercings. Il en résulte que le nombre de piercings est un élément statistique significatif de la présence d'allergies dues au métal. L'allergie au nickel reste la plus importante, on retrouve ce type de problème avec l'or blanc, l'or platiné, l'argent platiné, les matériaux soudés et l'acier inoxydable (chirurgical ou non). Il est souvent associé avec les allergies au cobalt. L'or est le deuxième allergène le plus commun lors de piercings auriculaires. Il n'a pas été trouvé d'allergies liées au palladium (22).

Malgré la directive européenne du 20 Janvier 2001 (94/27/EC) autorisant l'utilisation de bijoux contenant moins de 0,05% de nickel, les adolescents font partie de la population à risque car par manque de moyens financiers, ils achètent des bijoux de médiocre qualité et sont donc plus facilement exposés aux risques de développer des allergies.

1.3.Mécaniques

1.3.1. Ingestion ou inhalation de bijou

Le risque d'ingestion ou d'inhalation est présent dès lors qu'un piercing est placé dans la cavité buccale. En effet, la partie vissée ou clipée si elle se desserre peut être avalée ou inhalée. De même, lorsque l'utilisateur veut ôter ou réinsérer son bijou, celui-ci peut glisser dans la gorge (59).

Un cas de patient qui avait ingéré le clou de son piercing lingual a été décrit (26).

On retrouve aussi dans la littérature médicale, des cas d'ingestion d'imitations de piercings (piercings magnétiques) observées chez des enfants et qui ont entraîné des complications traitées de façon chirurgicale (4).

1.3.2. Lors de l'intubation en anesthésie générale

La présence d'un piercing au niveau de la langue peut entraîner des difficultés opératoires, surtout au moment de l'intubation, lors de la réalisation d'une anesthésie générale.

Une femme de 27 ans, après avoir accouchée sans complication a été victime d'une hémorragie sévère. Une anesthésie générale est alors programmée. Elle possède au niveau de la langue un piercing mais le temps fait défaut pour l'ôter. L'intubation provoque un saignement du site percé, saignement stoppé par pression de compresses. La langue gonfle mais pas assez pour permettre l'extubation à la fin de l'intervention. Krzysztof M. et coll. (41) considèrent qu'il semblerait avisé de demander au patient d'ôter le bijou avant l'opération.

Cependant, Oyos considère que la présence du bijou ne provoque pas d'interférences si on a connaissance de sa présence et si toutes les précautions sont prises pendant la procédure. Il décrit le cas d'une femme de 18 ans nécessitant une anesthésie générale pour subir une laparoscopie. Elle ne voulait pas enlever son piercing lingual donc, lors de l'intubation, le tube a été placé sur le côté droit de la langue pour éviter une compression directe de l'anneau (55).

Mandabach MD et coll. (47) préconisent l'utilisation du masque facial lorsque la présence d'un piercing pose problème.

En revanche, Rosenberg et coll. (64), en raison des risques de mobilité de l'anneau, de l'impossibilité de sécuriser les voies respiratoires, des risques d'aspiration, de nécroses par pression ou de problèmes créés au niveau de la langue, pensent que l'on peut refuser une intervention si le patient refuse d'ôter le bijou.

2. Complications locales

Certaines complications ne sont en fait que des réactions physiologiques normales suite à l'atteinte physique de la langue ou des lèvres. Certaines sont quasi-systématiques et d'autres s'observent plus rarement. Si ces symptômes persistent ou s'aggravent, alors il s'agit de véritables complications qu'il faut traiter.

2.1. Dues aux suites opératoires

2.1.1. Œdème de la langue

La langue, du fait de son abondante vascularisation, va se mettre à gonfler après avoir été percée. L'œdème peut être assez important pendant deux à trois jours, s'étendre sur une semaine et il peut persister pendant trois à cinq semaines (durée moyenne de cicatrisation). C'est pour cela que les perceurs placent une barre plus longue lors de la phase de cicatrisation (8,20,26,32,45,52,59).

2.1.2. Douleur

Lors du piercing, la douleur peut être très intense. En effet, cette pratique s'effectue dans la majorité des cas sans anesthésie. Elle est fonction de l'expérience et de l'habileté du pierceur ainsi que du seuil de tolérance de la personne qui se fait percer (20,45,52).

2.1.3. Problèmes de déglutition

La position linguale et centrale d'un piercing peut entraver la fonction de déglutition pendant les premiers jours après la pose du bijou. Si des douleurs lors de la déglutition apparaissent, il faut rechercher une complication infectieuse (16,20,26,52).

2.1.4. Problèmes d'élocution et de mastication

Pour les mêmes raisons, un piercing lingual peut modifier l'élocution et les fonctions masticatrices lors de la première semaine de pose du bijou (8,16,20,26,45,52).

Farah et coll. (24) estiment que cela correspond au temps d'adaptation et de rééducation de la langue.

2.1.5. Augmentation du flux salivaire

Occasionnellement, le flux salivaire peut être augmenté, surtout après la pose de piercings linguaux (20,26,45,52) .

Boardman et coll. (5) ont observé que 8 patients sur 51 ont subi une augmentation significative de leur débit salivaire. La dépose du bijou suffit pour revenir à une situation normale.

2.2.A court terme

2.2.1. Infection locale

Etant donné l'abondance de micro-organismes dans la cavité buccale, il n'est pas surprenant que des sites percés puissent présenter une infection. Selon l'AP-AH (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) 10 à 20 % des piercings sont à l'origine d'une infection locale (52).

C'est la complication la plus fréquente des piercings linguaux, elle s'accompagne d'un œdème de la langue sans obstruction des voies aériennes supérieures, une douleur importante, une inflammation au niveau du site percé (chaleur, rougeur). On peut également observer un écoulement purulent au niveau de la blessure (20), une dysphagie plus ou moins importante

(20,71) ainsi que des problèmes d'élocution, de déglutition et d'augmentation du flux salivaire. L'infection peut s'étendre au niveau des ganglions lymphatiques ou des glandes salivaires.

Shacham et coll. (71) ont observé une tuméfaction sous-mentale dure, non fluctuante et en expansion vers les aires sub-mandibulaires bilatérales ainsi que la palpation de ganglions lymphatiques sub-mandibulaires chez un homme de 20 ans présentant une infection due à un piercing de la langue posé 6 jours avant.

Folz et coll. (26) décrivent un cas de sialadénite chronique de la glande sub-mandibulaire droite.

Les bactéries les plus souvent en cause sont : un streptocoque, un staphylocoque ou un *Pseudomonas* (52).

Le risque d'infection est augmenté par l'accumulation de débris alimentaires au niveau du site percé ou sur la surface du bijou, du fait d'une mauvaise désinfection de la peau ou de la muqueuse ou par des instruments non autoclavés. Si l'infection locale n'est pas traitée rapidement, elle peut se propager vers les espaces faciaux et entraîner des infections systémiques mettant en danger le pronostic vital.



Figure 20: infection locale chez un adolescent de 13 ans après pose d'un piercing de la lèvre supérieure

2.2.2. Hyperplasies tissulaires

Des cas d'hyperplasies tissulaires au niveau de sites linguaux ou labiaux ont été observés par plusieurs auteurs (20,59).

Boardman et coll. (5) ont décrit le cas d'une jeune femme de 19 ans se présentant avec un œdème de la langue, des douleurs et une augmentation de tissu lingual au niveau de la face dorsal de la langue suite à un piercing lingual effectué 3 semaines avant. L'infection a été traitée, le bijou autoclavé et remis en place. Cependant, malgré la guérison de l'infection, l'hyperplasie tissulaire était toujours présente, le bijou a donc été déposé définitivement et tout est rentré dans l'ordre.

Les hyperplasies tissulaires légères peuvent être anticipées ou traitées rapidement et simplement. Lorsque l'hyperplasie est sévère, il est parfois nécessaire d'avoir recours à la chirurgie (4).

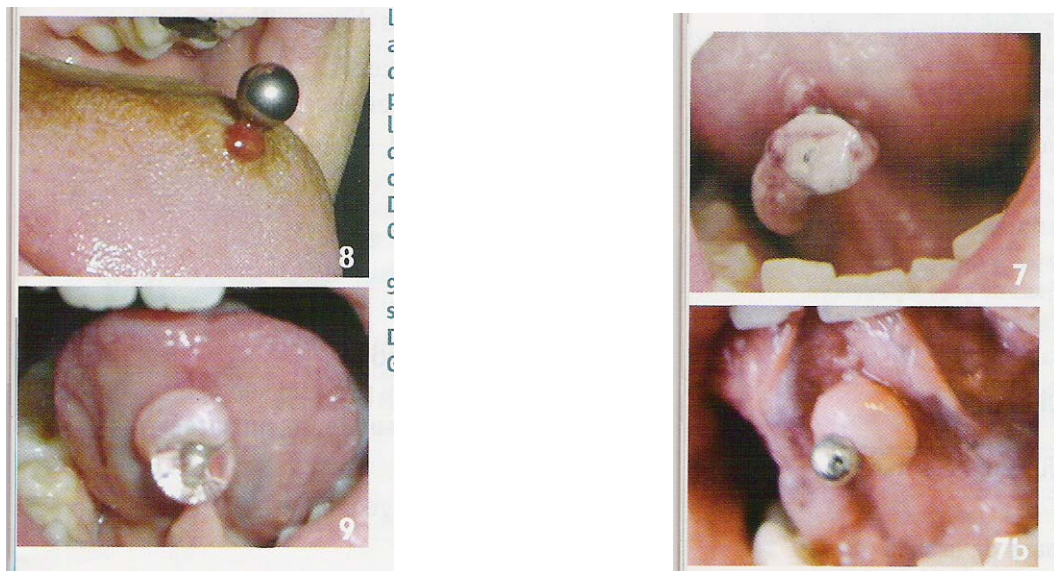


Figure 21: hyperplasies de la langue suite à un piercing (document dr JB Guiard-Schmid (52))

2.2.3. Insertion du bijou dans la langue

Theodossy décrit le cas d'une femme de 28 ans qui s'est présentée dans un centre médical, deux semaines après s'être fait poser un piercing sur la langue (73). Elle ne pouvait plus ôter le bijou. En effet, la boule en métal était parfaitement visible sur la partie dorsale de la langue alors que la partie ventrale du bijou était complètement ensevelie dans la langue. La

longueur du piercing (20 mm) n'a pas été suffisante et la cicatrisation s'est faite en le noyant dans les tissus linguaux.

2.2.4. Incrustation du bijou dans la lèvre (25,26)

Au moins deux cas d'incrustation de piercings dans la lèvre ont été observés. Foltz et coll. (25) ont décrit le cas d'une adolescente de 16 ans qui s'était fait percer la lèvre inférieure une semaine avant de se présenter dans un centre médical (26). Durant cette semaine, elle a remarqué que la partie vestibulaire du bijou a lentement été ensevelie dans la lèvre. En effet, à l'examen clinique, on palpe une boule à travers la muqueuse mais celle-ci reste invisible et le revêtement muqueux de la lèvre semble intact.

2.2.5. Dommages nerveux sensitifs ou moteurs

L'innervation de la langue et des lèvres est telle que lors de l'effraction muqueuse ou cutanée réalisée pour poser un piercing, il peut y avoir lésion d'un ou plusieurs nerfs. Les plus à risque sont les nerfs lingual, hypoglosse, glossopharyngien et facial. Les atteintes peuvent être sensitives : anesthésie (perte totale de la sensibilité), paresthésie ou dysesthésie (perception anormale de la sensibilité) ; ou motrices entraînant des modifications de la motricité musculaire linguale ou labiale. Ces dommages peuvent être réversibles ou irréversibles (32,45,52,59).

2.2.6. Courant galvanique

Les métaux utilisés dans les piercings peuvent, lorsqu'ils sont en contact avec certaines restaurations dentaires, entraîner des courants galvaniques, c'est-à-dire la création d'un courant électrique entre deux éléments métalliques distincts reliés entre eux par un électrolyte, dans le cas présent, la salive. De Moor et coll. (16) ont observé le cas d'une personne se plaignant de courant galvanique entre un bijou en acier inoxydable et une restauration dentaire à l'amalgame. D'autres auteurs citent la possibilité de telles interférences (20,45).

2.2.7. Interférences avec les radiographies

Les bijoux utilisés pour les piercings peuvent créer des interférences sur les radiographies panoramiques ou les rétro-alvéolaires entraînant des difficultés d'analyse radiographique. Il est donc recommandé de demander aux patients d'ôter leur piercing le temps de la réalisation de la radiographie (4,45,52).

Certains patients n'acceptent pas, par peur que l'orifice se referme, c'est pourquoi, Peticolas et coll. (59) ont décrit une technique utilisant un fil de nylon pour obturer temporairement le site percé.

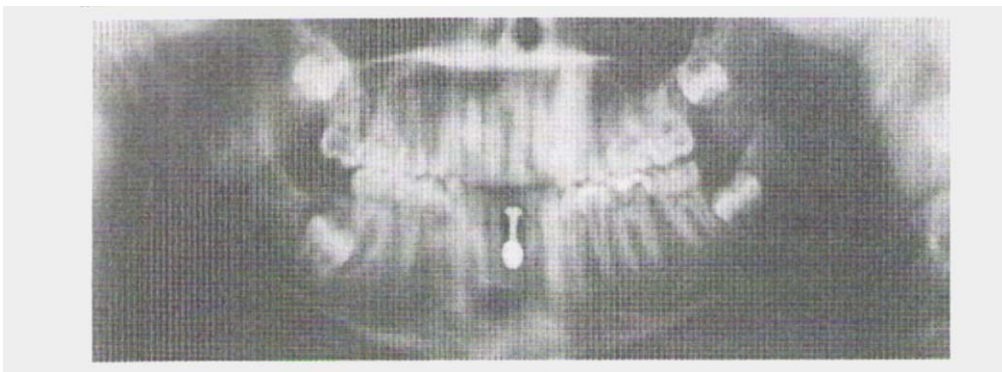


Figure 22: interférences due à un piercing de la langue sur une radiographie panoramique (photo de Biber JT (4))

2.2.8. Interférence avec l'orthodontie

Si le bijou se bloque dans l'appareillage, cela peut entraîner un arrachage du piercing ou des décollements de bracketts (52).

2.3.A long terme

2.3.1. Récessions gingivales

Il s'agit d'une dénudation localisée de la surface radiculaire qui peut prendre diverses formes selon sa hauteur, sa largeur et sa situation par rapport à l'environnement tissulaire (ligne de jonction muco-gingivale, papilles, niveau de l'os alvéolaire).

L'apparition de récessions gingivales est dépendante de nombreux facteurs (13) :

- la plaque dentaire
- la présence de maladies parodontales ou de sites présentant peu ou pas de gencive attachée
- des insertions musculaires proches de la gencive marginale
- une épaisseur d'os réduite
- un alignement dentaire irrégulier
- des restaurations débordantes
- des traumatismes mécaniques

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'implication de piercings de la langue ou de la lèvre dans l'apparition de récessions gingivales du fait d'un traumatisme mécanique répétitif (45). Le plus souvent, il s'agit de lésions étroites, en V, de 2 à 3 mm ou plus de profondeur et souvent en extension vers la ligne de jonction muco-gingivale (9). Elles peuvent parfois être accompagnées d'une inflammation gingivale localisée, de saignement au sondage, d'hypersensibilité dentaire, de la présence de plaque et l'examen radiographique peut révéler des élargissements ligamentaires et une perte d'os alvéolaire horizontale (13,18,40).

Tous les cas décrits permettent de constater que les parties les plus souvent atteintes sont les faces vestibulaires des incisives centrales mandibulaires en ce qui concerne le port de piercings labiaux, alors que la présence de piercings linguaux entraînerait des déhiscences au niveau lingual de ces mêmes dents (9,23,40,45).

Biber considère que plus de 50% de porteurs de barres linguales depuis plus de deux ans présenteront à ces endroits une ou plusieurs récessions gingivales. Le traumatisme semble être induit lors du frottement du bijou contre la gencive (4).

Certaines études dont celle de Campbell et coll. (11) démontrent une relation entre le temps de port du piercing, le type de piercing et la présence de récessions gingivales. En effet, ils constatent que la prévalence des lésions augmente lorsque la longueur du bijou et la durée de sa présence augmentent (supérieure à 2 ans). Cependant, certains auteurs ont observé l'apparition de lésions précoces seulement quelques jours à quelques semaines après la pose d'un piercing buccal (53,70).

C'est pourquoi, les professionnels de la santé bucco-dentaire se doivent d'informer leurs patients souhaitant se faire poser un piercing de la langue ou de la lèvre, des risques d'apparition de lésions gingivales pouvant être précoces, et que cela peut entraîner, à plus ou moins long terme, un recours à un traitement chirurgical, voire dans les cas les plus sévères à la perte de l'organe dentaire.

AUTEURS DE L'ETUDE	SEXE	AGE (en années)	SITE DE LA RECESSION	TYPE DE PIERCING	PROFONDEUR AU SONDAGE (en mm)	DUREE DE PORT DU PIERCING
Brook (9)	F	24	31-41 V	lèvre	normal	2 ans
	F	25	41 L	langue	5	18 mois
	F	19	41 L	langue	7-8	17 mois
	F	25	31-41 L	langue	5	3 à 4 ans
	M	19	31-41 V	lèvre	normal	2 ans
Chambrone (13)	F	19	31-41 V	lèvre		6 mois
Dibart (18)	M	16	31-41 V et L	lèvre langue		6 mois
Er (23)	F	26	41 V	lèvre langue	normal	6 mois
Kretchmer (40)	M	22	31-41 L	langue	6	2 ans
Loup (45)	M	26	31-41 V	lèvre	3 sur 41 1 sur 31	
	M	25	31-41 L	langue	3 sur 31 4 sur 41	
	F	18	31-41 V	lèvre		4 mois
O'dwyer (53)	F	16	41 V	lèvre		2 mois
Sardella (70)	F	19	31 V	lèvre		2 semaines
	F	23	31-41 V	lèvre		2 mois

Figure 23: tableau récapitulatif de différentes études de cas comportant des récessions gingivales liées au port de piercing lingual ou labial

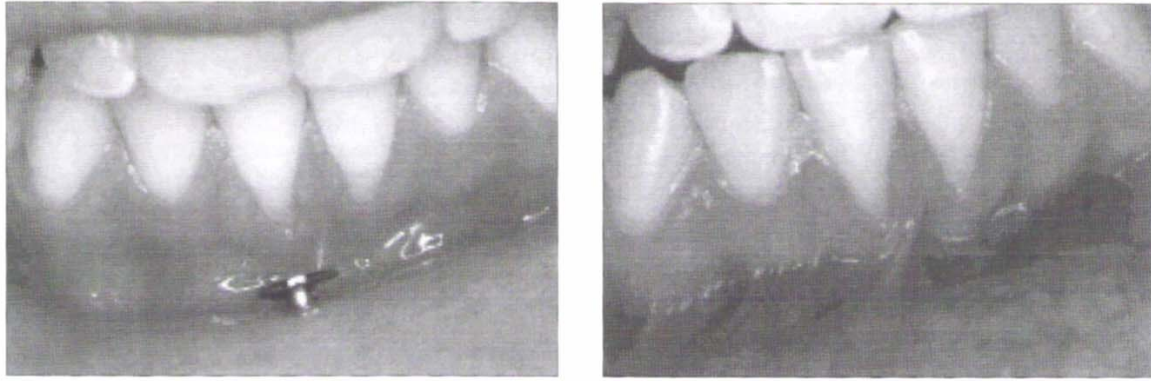


Figure 24: récessions gingivales au niveau de 31 et 41 suite au port d'un piercing labial (photos de Chambronne et coll. (13))

2.3.2. Fissures et fractures dentaires

De nombreux auteurs ont observé l'apparition de fêlures ou de fractures dentaires en rapport avec le port de piercings des lèvres ou de la langue (4,5,6,11,16,32,45,63). Campbell et coll. (11) montrent que 47% des piercings de la langue entraîneront des dommages s'ils sont portés 4 ans ou plus. En effet, il semblerait que la plupart de ces lésions soient provoquées par les chocs répétitifs du bijou contre les dents. Le terme anglais est « wrecking ball dental fracture », c'est-à-dire que le piercing est considéré comme un « boulet de démolition ». Ces traumatismes peuvent être intentionnels (jeu entre les dents et le dispositif) ou accidentels (morsure brutale du piercing, blocage de la barre linguale dans un diastème inter-incisif ...) (4,32).

La localisation et le type des lésions (abrasion amélaire, abrasion dentinaire, fêlure, fracture) sont dépendants du type de traumatisme :

- perte de substance du bord libre des incisives mandibulaires et maxillaires ou fracture d'un angle : faire rouler le piercing lingual entre les incisives supérieures et inférieures, le « suçoter » entre ses dents, le claquer contre les dents supérieures (16,45,63).
- fêlure ou fracture de cuspides linguales de prémolaires ou de molaires : positionnement du piercing lingual entre ces dents (4,11,16).
- fêlure ou fracture de cuspides vestibulaires de prémolaires : présence d'un piercing labial supérieur près de l'angle gauche (6).

Il semblerait que plusieurs facteurs entrent en jeu dans l'apparition de ces pertes de substance :

- la longueur de la barre : Biber considère que plus la barre linguale est longue et plus le risque de fêlures ou de fractures augmente (4), alors que Campbell et coll. (11) observent dans leur étude que c'est lorsque le bijou est plus court. En fait, il semblerait que cela dépende de la mobilité du piercing et serait donc fonction de l'épaisseur de la langue, c'est pourquoi beaucoup de jeunes gardent le piercing initial qui est plus long et donc plus facilement mobilisable pour « jouer avec » (4,11).
- la localisation du piercing : si le piercing lingual est positionné antérieurement, ce sont les dents antérieures les plus atteintes alors que s'il est positionné postérieurement, ce sont les prémolaires et les molaires les plus touchées (11,45). Le piercing labial, quant à lui, entraîne des lésions sur le ou les dents qui lui sont en regard (6).
- La présence de lésions carieuses ou de grandes restaurations augmente le risque de fractures (6,16).

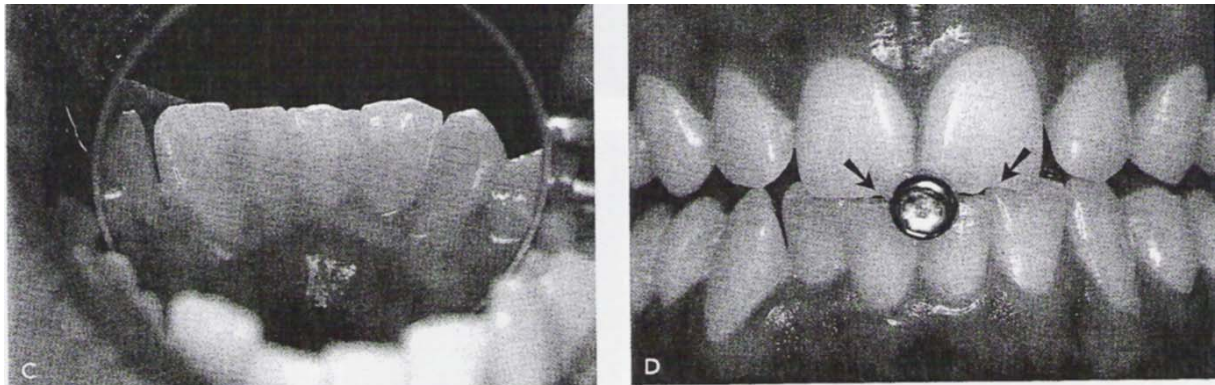


Figure 25: fractures dentaires en rapport avec le port de piercing de la langue (photos de Pierre-Jean Loup et Andrea Mombelli (63))

2.3.3. Nécroses dentaires ou tissulaires

De Moor et coll. (16) ont décrit le cas d'une nécrose de la deuxième molaire supérieure gauche (dent n°47) suite à des fractures des pans mésiaux et distaux allant jusqu'à la chambre pulpaire, après pose d'un piercing de la langue un an auparavant (quelques semaines après, le patient était sensible aux différences de température sur cette même dent et elle était douloureuse à la mastication). Le traitement imposa l'extraction de la dent.

Guillaume écrit qu'il peut survenir des lésions vasculaires (hématomes) par effraction de vaisseaux avec risque de nécrose des tissus (nécrose cutanée et nécrose de la pointe de la langue) ainsi que des hématomes chez des patients porteurs d'anomalies de la crase sanguine (32).

2.3.4. Dysmorphoses cranio-mandibulaires

Bien qu'il n'existe actuellement aucun cas décrit dans la littérature médicale, le fait de « jouer » perpétuellement avec un piercing de la langue ou des lèvres pourrait très bien entraîner une mobilisation non physiologique des ATM pouvant engendrer des dysfonctions cranio-mandibulaires.

2.3.5. Dépôt de tartre au niveau du piercing

Le tartre peut se déposer sur le métal du piercing surtout au niveau de la boule inférieure des piercings de la langue (40,45). Il est parfois nécessaire d'enlever le bijou pour pouvoir le nettoyer (45).

2.3.6. Migration dentaire

Des forces traumatiques chroniques ne peuvent pas à elles seules entraîner des problèmes parodontaux mais peuvent modifier l'os alvéolaire et le tissu conjonctif parodontal, ce qui peut affecter les mobilités dentaires (62).

La migration pathologique est définie comme le changement de position d'une dent suite à la perturbation des forces qui la maintiennent dans sa position normale. Si la force pathologique devient supérieure à la capacité adaptatrice de la dent, le parodonte peut être réparé si la force diminue ou si la dent migre. Il y a alors formation de diastèmes, d'élargissement vestibulaire, d'extrusion ou de rotation dentaire (45).

Rahilly et coll. (62) observe le cas d'une femme de 34 ans présentant un diastème inter-incisif mandibulaire sans maladie parodontale et portant un piercing de la langue depuis 3 ans. Elle force la partie sublinguale du bijou entre ses incisives centrales mandibulaires entraînant une inflammation, responsable d'une perte osseuse, de récession gingivale et de la mobilité dentaire.

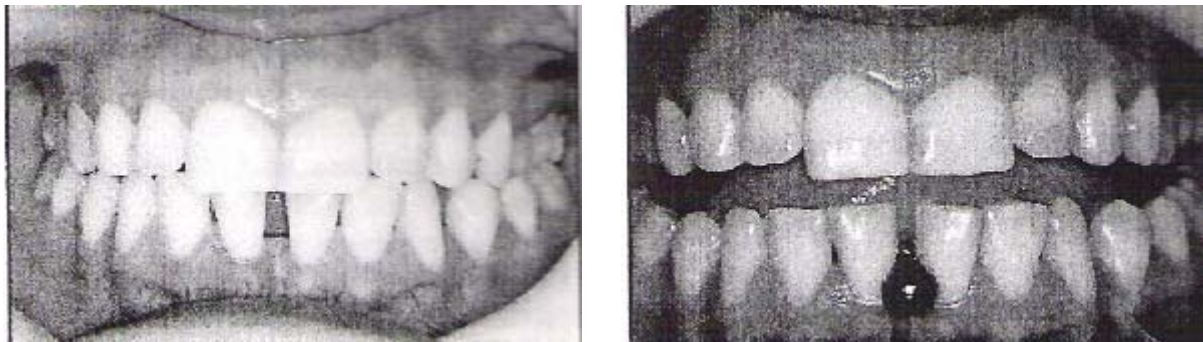


Figure 26: migration dentaire suite au port d'un piercing de la langue (photos de Rahilly et coll. (62))

2.3.7. Insertion du bijou dans la langue

Shacham et coll. (71) ont décrit le cas d'une jeune fille de 16 ans qui a voulu ôter son piercing de la langue posé 2 ans auparavant. Elle a bien dévissé la boule sous la langue mais a poussé le bijou dans la direction opposée insérant l'autre partie dans la langue. Une intervention chirurgicale a été nécessaire pour enlever le piercing.

2.4.Implications générales

2.4.1. Oedème avec insuffisance respiratoire

L'œdème de la langue après un piercing fait partie des suites opératoires habituelles. Cependant, il peut arriver dans de rares cas que ce gonflement obstrue les voies aériennes et digestives (45). Keogh et coll. (39) ont décrit le cas d'un jeune homme de 18 ans qui s'est présenté aux urgences d'un centre médical pour des douleurs au niveau de la langue, un œdème et des difficultés respiratoires, d'élocution et de déglutition. L'endoscopie nasale a révélé un œdème de la langue généralisé avec la partie postérieure obstruant la voie aérienne et empiétant sur les murs pharyngés postérieurs.

2.4.2. Saignement prolongé au niveau de la langue

Le piercing de la langue s'effectue dans la majorité des cas sur sa partie médiane. Si le pierceur place le bijou en position légèrement excentré, il risque, du fait de l'importante vascularisation de la langue de créer une hémorragie plus ou moins importante (45,59).

Hardee et coll. (33) ont décrit le cas d'une jeune fille de 19 qui a perdu connaissance après avoir saigné continuellement, depuis la pose d'un piercing lingual, 4 heures auparavant. D'autres cas ont été observés où le piercing, malgré une position médiane, a entraîné des saignements lents mais actifs au niveau de la face ventrale de la langue (65,71).

Partie IV : CONDUITES A TENIR

1. Prévention des complications

Actuellement, la pratique du piercing n'est pas reconnue comme étant un acte médical, que ce soit du point de vue du pierceur comme de celui du percé. Cependant, de nombreuses complications pourraient être évitées par l'utilisation systématique d'un questionnaire médical, de matériel à usage unique ou stérilisé, de matériau adapté ainsi que par la délivrance de conseils et de soins post-opératoires.

1.1. Questionnaire médical

Etant donné que la pratique du piercing entraîne une effraction cutanée ou muqueuse avec exposition sanguine, il paraîtrait nécessaire de prendre quelques précautions vis-à-vis de l'état général des personnes voulant se faire piercer.

Dès lors, l'utilisation d'un questionnaire précis et simple permettrait de dépister les personnes présentant des pathologies ou des traitements contre-indiquant ces types d'actes invasifs tels que (29-30-68-69) :

- Les pathologies atteignant le système immunitaire :
 - diabète
 - SIDA
 - cancers
 - maladies du sang
 - certaines maladies génétiques ...
- Les traitements à base de corticoïdes ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Les traitements anti-coagulants et les pathologies entraînant des déficits de la coagulation
- Les pathologies cardiaques
- Les allergies
- La présence d'infection dentaire, de la bouche ou de la gorge

Ainsi, le risque de complications infectieuses locales ou générales, les problèmes allergiques et certains troubles de la cicatrisation pourraient être diminués.

1.2.Hygiène et stérilisation

Le risque de transmission de micro-organismes peut être atténué par la mise en place de règles d'hygiène strictes ainsi que par l'utilisation de matériel à usage unique ou stérilisé.

1.2.1. Hygiène (29)

- Lavage et désinfection des mains avant et après chaque client :
 - au savon liquide antiseptique
 - avec une solution hydro-alcoolique si il n'y a pas eu contact avec un objet souillé
- Port de gants
- Port de lunettes de protection
- Nettoyage et désinfection des surfaces de travail
- Désinfection du ou des sites à percer

1.2.2. Stérilisation (29-30-56-69)

Tous les articles qui percent la peau doivent être stériles.

Le local doit posséder au moins deux salles, une pour pratiquer l'acte et une pour nettoyer et stériliser le matériel.

La salle de stérilisation doit être composée :

- d'une partie « sale » où se situent la zone de nettoyage, comprenant un bac de décontamination, un lavabo, un bac à ultrasons, et une zone de séchage.
- d'une partie « propre » qui correspond à la zone de conditionnement et de stérilisation.

1.2.2.1. Etapes de stérilisation

- La décontamination

Les instruments souillés sont placés dans un bac de décontamination contenant un produit détergent-désinfectant dont le but est d'empêcher la contamination des manipulateurs de ce matériel et des circuits empruntés par celui-ci.

Ce produit doit être au moins bactéricide, fongicide et répondre aux normes NF EN 1040, NF T72150/72150, NF T72170/72171, NF EN 1275 de la réglementation en vigueur (29).

Le matériel est ensuite rincé à l'eau.

→ Le nettoyage

Le nettoyage mécanique s'effectue en frottant les instruments pour décoller les souillures ou en les faisant vibrer à l'aide d'un bac à ultrasons.

Le nettoyage chimique est réalisé à l'aide d'un produit tensio-actif, alcalin en général, qui solubilise les souillures.

La chaleur du bain augmente la vitesse de nettoyage.

→ Le séchage

Il est réalisé avec des champs propres.

→ Le conditionnement

On utilise un emballage spécifique : sachets pelables spécifiques pour la stérilisation à la vapeur d'eau possédant une face plastique, avec un témoin de température et ils doivent posséder trois soudures thermiques pour être aux normes. Chaque emballage doit indiquer une date de stérilisation.

Les sachets sont fermés à l'aide d'une soudeuse.

→ La stérilisation à la vapeur d'eau

Il s'agit de la méthode de référence. Pour stériliser des objets conditionnés, il faut un stérilisateur avec vide fractionné et séchage. Il s'agit des autoclaves de classe B. Les paramètres actuellement recommandés sont de 134°C pendant 18 minutes. En réalité, le cycle de stérilisation dure plus longtemps pour tenir compte des phases de vide préalable et de vide final de séchage (29).

1.2.2.2. Matériel et matériau utilisés

Les aiguilles, les dessus de plateau si il y en a, les compresses, les champs opératoires, les cathéters et tout le matériel non stérilisable doit être à usage unique.

Les bijoux de piercing doivent être décontaminés avec un produit détergent-désinfectant, nettoyés par un brossage manuel, passés au bac à ultrasons, conditionnés et stérilisés.

Les bijoux en PTFE ne peuvent être stérilisés et ne doivent donc être utilisés que lorsque le site est complètement cicatrisé.

1.3. Aptitude technique du pierceur

Les pierceurs en France sont des autodidactes, aussi leurs connaissances en anatomie humaine restent très limitées et varient du fait de cette hétérogénéité de formation (30,42).

Dès lors, il paraît évident que certaines complications liées au site piercé tels que certains dommages nerveux ou sensitifs ainsi que des problèmes de saignement liés à la présence de vaisseaux sanguins plus importants pourrait être évitées en améliorant les connaissances techniques et anatomiques associées à ce type d'acte.

1.4. Soins et conseils post-opératoires

Après réalisation d'un piercing de la langue ou de la lèvre, des soins post-opératoires au niveau du site piercé permettent de diminuer le risque de complications infectieuses.

Avant tout contact avec la zone piercée, il est indispensable de se laver les mains avec un savon antiseptique (3,4,29,36,68).

La partie cutanée (pour les piercings de la lèvre) est débarrassée des résidus secs et agglutinés à l'eau tiède et au savon à l'aide d'une compresse ou d'un coton-tige. On peut appliquer une solution antiseptique à base de polyvidone iodée à 10% avant de rincer au sérum physiologique et de sécher (29).

La partie muqueuse est désinfectée en utilisant un bain de bouche antiseptique après chaque repas pendant la première semaine (3,4,29,36,68). De même, la nourriture trop chaude, solide ou épicée est à éviter pendant cette période. Le fait de sucer des glaçons peut limiter la tuméfaction de la langue (3,4).

Jusqu'à cicatrisation complète, il est nécessaire d'éviter l'alcool et la caféine ainsi que la prise d'aspirine (3,68). Il est également déconseillé de « jouer » avec le bijou, de dormir dessus, de l'immerger dans un bain ou une piscine et d'avoir des contacts oraux, oro-génitaux ou sexuels (3,4,29,68). Il ne faut surtout pas arrêter le brossage des dents et ce, dès le premier jour de pose (3,36).

2. En pratique odontologique quotidienne

2.1. Pour les radiographies

La présence de bijoux dans la langue ou dans les lèvres peut interférer avec la prise de radiographies rétro-alvéolaires ou panoramiques (4,59,75). De plus, cela peut provoquer des ombres radiographiques ou des superpositions d'images obligeant l'opérateur à refaire une radiographie afin d'éviter des erreurs de diagnostic et donc entraînant pour le patient une exposition supplémentaire aux rayonnements ionisants (12). Il est donc nécessaire que les patients ôtent leur piercing avant toute radiographie dentaire (4,12,59,75).

2.2. Pour les anesthésies (59)

La réalisation d'anesthésie loco-régionale mandibulaire communément nommée « tronculaire » entraîne certaines fois une anesthésie partielle ou totale de la langue. Aussi, les patients présentant des piercings linguaux sont susceptibles, accidentellement, de provoquer des dommages dentaires ou muqueux dans de telles situations. Il paraît, dès lors, plus raisonnable de leur faire enlever le bijou le temps de l'action de l'anesthésie.

3. En curatif par les odontologistes

3.1. Traitement des complications générales

En général, les patients présentant des *complications infectieuses importantes, un saignement prolongé ou un œdème de la langue avec insuffisance respiratoire*, sont directement ou indirectement adressés aux services d'urgence les plus proches (19,23,27,34,49,65). Il en va de même pour les personnes qui *inhalent ou ingèrent* leur piercing (23,54).

Les cas simples de *réactions allergiques* peuvent être traités au cabinet dentaire en déposant le bijou responsable. Si la réponse allergique devient préoccupante, il convient d'adresser le patient à un service d'urgence où de réaliser les soins de premiers secours en attendant l'arrivée des secours.

3.2. Traitement des complications locales

3.2.1. Dues aux suites opératoires

→ *Oedème/douleur* (3,4,36)

- Paracétamol
- Anti-inflammatoire non stéroïdien
- Le fait de sucer des glaçons permet d'atténuer la tuméfaction de la langue

→ Les *problèmes d'élocution, de mastication, de dysphagie et d'augmentation salivaire* doivent régresser spontanément après la première semaine de pose.

3.2.2. A court terme

→ *Infection locale* (5,20)

- Dépose du bijou
- Débridement du site à la chlorhexidine
- Traitement antibiotique (Les pénicillines et les macrolides sont les plus employés)

→ *Insertion du bijou (26,73)*

- Anesthésie local du site
- Application d'une solution iodée (25)
- Dépose chirurgicale du bijou

→ *Courant galvanique (16,45)*

- Dépose du bijou
- Si le patient ne veut pas ôter son piercing, on peut remplacer le ou les amalgames responsables du courant galvanique par des composites.

→ *Hyperplasies tissulaires*

En général, les hyperplasies tissulaires simples (non liées à des problèmes infectieux) disparaissent spontanément après avoir déposé le bijou responsable (20). Cependant, il est parfois nécessaire d'exciser chirurgicalement le tissu hyperplasié pour obtenir une guérison complète (5,59)

→ *Domages sensitifs et nerveux (32)*

L'atteinte du nerf lingual ou l'anesthésie linguale est en général irréversible.

3.2.3. A long terme

3.2.3.1. Récessions gingivales

Dans tous les cas, pour éviter l'échec du traitement ou une récurrence, le patient doit retirer de façon définitive son piercing (9,13,40).

Pour permettre une stabilisation de la perte d'attache, on associe des conseils d'hygiène aux techniques de détartrage et de surfaçage sous lambeau (13,40).

Lorsque l'hygiène du patient est correcte et que l'état parodontal est stable, on peut avoir recours à certaines techniques de chirurgie parodontale afin de permettre une correction du ou des défauts muco-gingivaux, telles que les greffes épithélio-conjonctives associées ou non à des frénectomies (13).

3.2.3.2.Fractures dentaires

Comme pour les cas de récessions gingivales, il est nécessaire de faire comprendre au patient de la nécessité d'ôter le piercing lors de fractures dentaires afin d'éviter toute récurrence (14,32,63).

Lorsque la fracture n'intéresse que l'émail et que la dent reste asymptomatique, la restauration de la perte de substance n'est pas toujours indiquée d'autant plus si la personne ne veut pas ôter son piercing (45).

Lorsque la vitalité de la dent est en jeu et qu'une restauration reste possible, on effectuera les techniques de préparation et d'obturation canalaire avant toute reconstitution.

Si la perte de substance est importante, entraîne une exposition dentinaire ou une sensibilité de la dent, les restaurations adhésives utilisant le plus souvent des composites peuvent être indiquées (32,45,63). Lorsque celles-ci ne peuvent être mises en place, une reconstitution prothétique peut être envisagée bien que les éléments prothétiques en céramique peuvent être fracturés de la même manière qu'une dent naturelle (16).

Cobb et coll. (14) ont décrit une technique de restauration adhésive par inlays composite dans le cas de fractures de dent postérieures associées à des piercings de la langue.

Enfin, si la fracture est très importante et qu'aucune reconstitution n'est possible alors l'extraction de la dent reste la meilleure solution (16,45).

3.2.3.3.Nécroses

Le traumatisme occlusal répété, provoqué par un piercing de la langue peut entraîner des nécroses dentaires. Dans ce cas après avoir demandé au patient de retirer le bijou responsable, il convient soit de réaliser un traitement endodontique avant restauration de la dent par des méthodes adhésives ou reconstitution prothétique, soit dans des cas ultimes d'extraire la dent (16).

3.2.3.4.Dépôt de plaque

La plaque ou le tartre déposés sur les parties visibles d'un piercing labial ou lingual peuvent être facilement éliminés par les techniques de détartrage utilisant les instruments manuels ou soniques (40). Le patient peut aussi démonter régulièrement son bijou pour le nettoyer plus facilement et empêcher ces dépôts de s'accumuler (45).

3.2.3.5.Migration

Pour traiter des migrations dentaires liées à la présence d'un piercing, il faut tout d'abord convaincre le patient d'ôter son bijou sinon tout traitement sera voué à l'échec. Rahilly et Crocker ont montré sur une patiente présentant un diastème inter-incisif mandibulaire qu'après avoir ôté son piercing, les dents s'étaient spontanément rapprochées d'1 mm au bout de 6 mois (58). Ils ont ensuite placé un dispositif orthodontique fixe avec des bracketts de 33 à 43 : ils ont obtenu une fermeture complète du diastème.

4. Législation

→ En France :

Sur un plan strictement juridique, le piercing peut être apparenté aux coups et blessures et actes de barbarie (32).

Sur un plan légal, aucune qualification particulière ou condition de pratique de cet exercice ne sont requis et à ce jour aucun contrôle sanitaire n'est effectué.

Les pierceurs n'ont pas de statut légal clairement établi. Ils sont considérés comme des artisans ou des commerçants et à ce titre relèvent du code de la Consommation et non pas du code de la Santé Publique (30)

Certains pierceurs font cependant lire et signer à leur client, une déclaration dans laquelle ils s'engagent à révéler toute pathologie dont ils seraient atteints, tout usage de drogues ou de psychotropes. Cependant, ce document n'a aucune valeur juridique véritable (30).

→ Au Canada :

Les pierceurs doivent obtenir un agrément préalable des autorités sanitaires avant d'exercer et des contrôles sont prévus et réalisés régulièrement pour vérifier l'application correcte des procédures établies (30).

→ Aux Etats-Unis :

Il existe une réglementation dans quelques villes ou comtés (30).

Certains professionnels de la santé estiment que le piercing devrait être réalisé par des personnes faisant partie du corps médical entre autre les odontologistes, car cette pratique nécessite un certain nombre de compétences d'ordre médical comme l'interrogatoire des antécédents médicaux, l'asepsie, le geste technique, l'anesthésie ou encore le diagnostic des complications (12,50).

Cependant, pour Ménigaud (50), ce serait non adapté et non éthique car la population adepte des piercings considèrent ce geste comme un rite, et donc que le corps médical n'y a pas sa place. De plus, il souligne le fait que le savoir-faire artistique du pierceur n'est peut être pas partagé par le médecin et insiste sur le risque de « dérive consumériste » de la médecine. Pour autant, il convient que la médecine pourrait avoir un rôle dans la santé publique au niveau de l'information et de la responsabilisation des pierceurs et de leur client.

Partie V : ETUDE CLINIQUE

Nous avons réalisé une étude clinique dont l'objectif était d'obtenir des informations sur le type de population adepte du piercing des lèvres ou de la langue et se présentant à une consultation dentaire. Nous voulions savoir quelles étaient leurs connaissances relatives à l'endroit et à la personne qui avait réalisé le piercing au niveau de l'hygiène et de l'asepsie. De même, nous voulions savoir quel était le pourcentage des complications à court et long terme auxquelles ils avaient dû faire face.

Pour cela, un questionnaire à usage informatif (voir page suivante) a été distribué aux étudiants de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes ainsi qu'à certains praticiens exerçant dans des cabinets libéraux. Le but était de le remplir dès qu'ils avaient un patient présentant un piercing sur la langue, au niveau des lèvres ou les deux.

Seulement une vingtaine de questionnaires a été récupérée sur une période d'environ un an. On ne peut cependant pas en déduire la véritable proportion de personnes percées se présentant en consultation car il semblerait que ce questionnaire n'ait pas été rempli de façon systématique.

Cependant, cela nous a tout de même permis d'établir un compte-rendu nous fournissant une estimation de l'âge, du sexe et de la catégorie socio-professionnelle des personnes rencontrées et présentant un piercing buccal. Nous avons aussi pu évaluer la qualité de l'hygiène et de l'asepsie mises en place lors du piercing et les éventuelles complications qui en ont découlées.

Questionnaire anonyme à usage informatif dans le cadre d'une thèse d'exercice d'odontologie

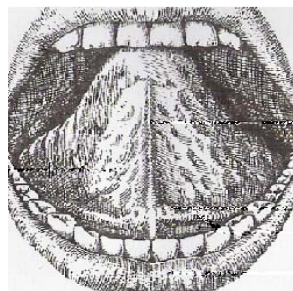
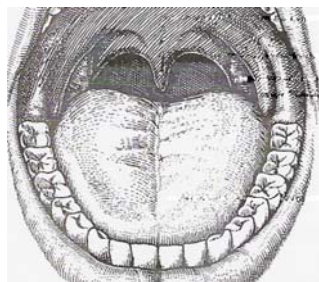
Âge :

Sexe : F ☐ M ☐

Catégorie socioprofessionnelle / activité :

☐ agriculteur ; ☐ dirigeant industrie, commerce ; cadre supérieur ; profession libérale ; officiers ; ☐ artisan, petits commerçants ; ☐ cadres moyens ; ☐ employés ; ☐ ouvrier ; ☐ divers et sans profession

Site du piercing :



Ancienneté du piercing :

Type de matériau du piercing :

Hygiène/asepsie lors de la pose du piercing :

- Localisation du pierceur : magasin homologué ☐ dans la rue ☐ autres ☐ (précisez)
- Port de gants ? ☐ O ☐ N ☐ ne sait pas ☐
- Utilisation d'un autoclave ? ☐ O ☐ N ☐ ne sait pas ☐
- Utilisation de matériel à usage unique ? ☐ O ☐ N ☐ ne sait pas ☐
- Y a-t-il eu une anamnèse médicale ? ☐ O ☐ N ☐ ne sait pas ☐

Motif de consultation en rapport avec le piercing ?

Si oui, quel est-il ?

Examen de la muqueuse et des dents :

- Aspect du site :
- Présence de fêlures ou de fractures dentaires en regard du piercing?
- Présence de récessions gingivales en regard du piercing ?
- Autre (allergie...) :

	Au moment du piercing		Ce jour	
	Oui	Non	Oui	Non
Douleur				
Œdème				
Inflammation				
Infection				
Altération de l'état général				
Dépose piercing				
Traitement				

Visite de contrôle suite au traitement ? (Observations) :

1. Résultats

1.1. Age

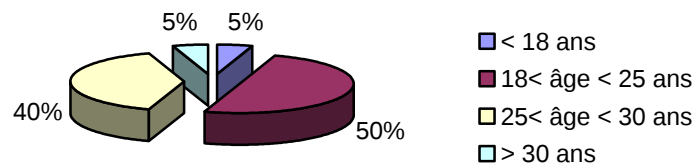


Figure 27: répartition par âge

90 % des patients ont entre 18 et 30 ans.

5% ont moins de 18 ans.

5% ont plus de 30 ans.

1.2. Sexe

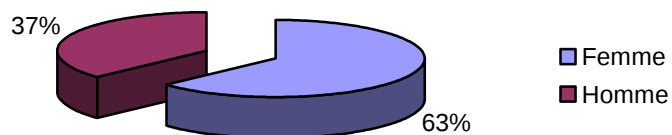


Figure 28: répartition en fonction du sexe

La majorité des patients vus en consultation sont des femmes (63%).

1.3. Catégorie socio-professionnelle

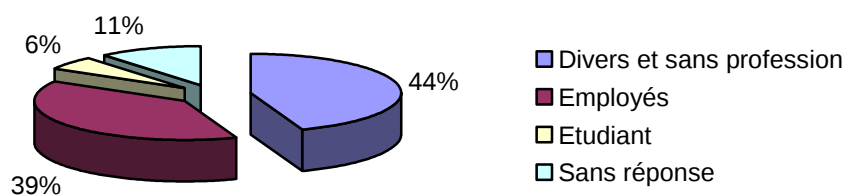


Figure 29: répartition en fonction de la catégorie socio-professionnelle

La majorité des patients sont sans profession ou employés (83%).

6% sont des étudiants.

11% n'ont pas répondu à la question.

1.4. Localisation du piercing

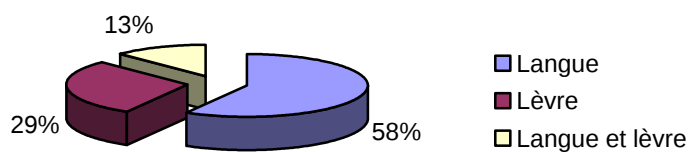


Figure 30: les différentes localisations des piercings

58 % des patients se sont fait percés la langue, 29 % la lèvre supérieure ou inférieure et 13% possèdent un piercing à la fois sur la langue et la lèvre.

1.5. Matériau du piercing

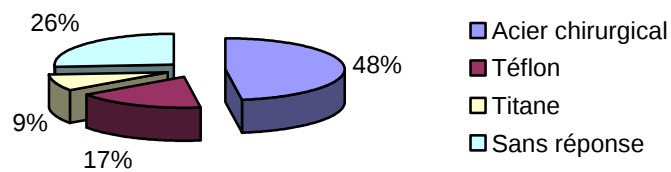


Figure 31: répartition en fonction du matériau utilisé pour le piercing

48 % des piercings rencontrés sont en acier chirurgical.

17 % sont en téflon (PTFE).

9 % sont en titane.

26 % des personnes interrogées ignoraient le matériau utilisé.

1.6. Complications

1.6.1. Suite à un piercing de la langue

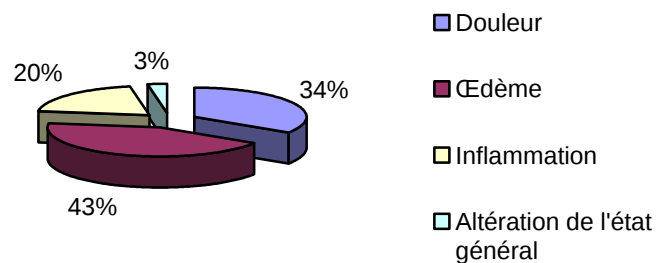


Figure 32: répartition en fonction des complications suite à un piercing de la langue

34 % des patients interrogés ont signalé avoir eu mal après la pose du piercing.

43 % ont remarqué l'apparition d'un œdème de la langue.

20 % ont subi une légère inflammation.

3 % ont eu de symptômes associés type fièvre, asthénie, perte d'appétit...

1.6.2. Suite à un piercing des lèvres

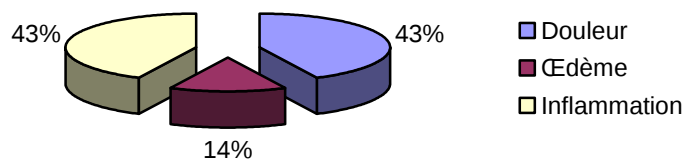


Figure 33: répartition en fonction des complications suite à un piercing de la lèvre

43 % des patients ont dit avoir eu mal après la pose et ont remarqué une inflammation de la zone percée.

14 % ont remarqué un œdème au niveau du piercing.

1.7. Hygiène et asepsie

La majorité des personnes interrogées ont été percées dans un magasin homologué et ont confirmé l'utilisation d'un autoclave et de gants par le pierceur. Un seul patient a été percé par un ami. La moitié n'a pas eu d'anamnèse médicale.

Le seul cas répertorié où le motif de consultation était en rapport avec le piercing concernait un jeune garçon de treize ans se présentant aux urgences du CHU de Nantes avec une infection en rapport avec un piercing de la lèvre supérieure. Il avait été réalisé dans un magasin homologué mais le patient n'a pas su dire si le pierceur utilisait un autoclave, des gants ou du matériel à usage unique.

2. Discussion

Il semblerait que la population amenée à consulter un chirurgien-dentiste et présentant un piercing buccal soit jeune et majoritairement féminine.

Cela concerne des personnes présentant une hygiène bucco-dentaire correcte, dont le motif de consultation est en général un contrôle et ne concerne en rien le piercing. La majorité est informée des mesures d'hygiène et d'asepsie nécessaires à la réalisation de ce type d'acte bien que ces personnes ne pensent pas qu'il s'agit d'un geste chirurgical et que leur état de santé devrait être pris en compte.

On peut penser que les patients se faisant piercer dans des conditions d'hygiène limitées ou inexistantes pourraient présenter des complications plus ou moins importantes. Ils ne sont en fait pas vus par les odontologistes mais par les services d'urgences ou les médecins.

CONCLUSION

Aujourd'hui, il semble indispensable de tenir compte dans notre pratique quotidienne des modifications corporelles que nous sommes amenés à rencontrer. La présence de piercings buccaux a des conséquences inévitables lors de la pose d'un diagnostic en Odontologie et nous oblige à faire des choix en terme de thérapeutiques. Cependant, jusqu'où peut-on aller sans prendre de risque, peut-on réaliser un acte septique en présence d'un piercing? De nombreux patients refusent d'ôter leur piercings de peur que l'orifice se referme, dès lors, ne vaut-il mieux pas refuser de traiter plutôt que de risquer de mal traiter?

La législation actuelle reste floue en terme de piercings que ce soit au niveau des droits et devoirs du pierceur, que du piercé et même des professions médicales. Certains préconisent de faire réaliser les piercings par les professions médicales, d'autres refusent de pratiquer certains actes sur des personnes possédant un piercing. Quoi qu'il en soit, il paraît important d'informer nos patients sur les risques encourus lors de la pose de piercing, de les aider au moins à choisir un pierceur utilisant les règles d'hygiène les plus élémentaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANTYBABYPIERCING

Matériaux.

<http://antybabypiercing.over-blog.com/article-194468-6.html>

2. ANTYBABYPIERCING

Historique du piercing

<http://antybabypiercing.over-blog.com/categorie-63320.html>

3. BANANABELL

Soins piercing de la langue.

<http://www.bananabell.ch>

4. BIBER JT.

Oral piercing : the hole story.

Northwest Dent 2003;**82**(1):13-17,34.

5. BOARDMAN R ET SMITH RA.

Dental implications of oral piercing.

J Calif Dent Assoc 1997;**25**(3):200-207.

6. BOISTELLE A.

Piercing dangers.

Br Dent J 2000;**189**(3):126.

7. BOTCHWAY C.

The need for standardization of practice among tongue piercers.

J Can Dent Assoc 2001;**67**:18-19.

8. BOTCHWAY C ET KUC I.

Tongue piercing and associated tooth fracture.

J Can Dent Assoc 1998;**64**(11):803-805.

9. BROOKS JK, HOOPER KA ET REYNOLDS MA

Formation of mucogingival defects associated with intraoral : perioral piercing : case reports.

J Am Dent Assoc 2003;**134**(7):837-843.

10. BRUNA D.

Piercing .Sur les traces d'une infamie médiévale.

Paris :Textuel,2001.

- 11. CAMPBELL A, MOORE A, WILLIAMS E ET COLL.**
Tongue piercing: impact of time and barbell stem length on lingual gingival recession and tooth chipping.
J Periodontol 2002;**73**:289-297.
- 12. CAMPBELL N.**
Piercing and tooth jewelry- an ethical dilemma.
South Africa Dent J 2001;**56**(12):574.
- 13. CHAMBRONE L ET CHAMBRONE LA.**
Gingival recession caused by lip piercing:case report.
J Can Dent Assoc 2003;**69**(8)505-508.
- 14. COBB DS, DENEHY GE ET VARGAS MA.**
Adhesive composite inlays for the restoration of cracked posterior teeth associated With a tongue bar.
Pract Periodont Aesthet Dent 1998;**10**(4):453-460.
- 15. CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE.**
Avis concernant les règles de prophylaxie des infections pour la pratique « d'actes corporels » sans caractère médical avec effraction cutanée (tatouage, piercing, dermatographie, épilation par électrolyse, rasage).
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a_mt_150900_piercing.htm
- 16. DE MOORE RJ, DE WITTE AM ET DE BRUYNE MA.**
Tongue piercing and associated oral and dental complication.
Endod Dent Traumatol 2000;**16**(5):232-237.
- 17. DEV A, SUNDARARAJAN V ET SIEVERT W.**
Ethnic and cultural determinants influence risk assessment for hepatitis C acquisition.
J Gastroenterol Hepatol 2004;**19**(7):792-798.
- 18. DIBART S, DE FEO P, SURABIAN G ET COLL.**
Oral piercing and gingival recession : review of the literature a case report.
Quintessence Int 2002;**33**(2):110-112.
- 19. DUBOSE J ET PRATT JW.**
Victim of fashion: endocarditis after oral piercing.
Curr Surg 2004;**61**(5):474-477.
- 20. DUNN WJ ET REEVES TE.**
Tongue piercing: case report and ethical overview.
Gen Dent 2004;**52**(3):244-247.
- 21. DYCE O, BRUNO JR, HONG D ET COLL.**
Tongue piercing, the new "rusty nail".
Head Neck 2000;**22**:728-732.

- 22. EHRlich A, KUCENIC M ET BELSITO DV.**
Role of body piercing in the induction of metal allergies.
Am J Contact Dermatol 2001;**12**(3):151-155.
- 23. ER NURAY, OZKAVAF A, BERBEROGLU A ET YAMALIK N.**
An unusual cause of gingival recession : oral piercing.
J Periodontol 2000;**71**(11):1767-1769.
- 24. FARAH CS ET HARMON DM.**
Tongue piercing: a case report and review of current practice.
Aust Dent J 1998;**43**:387-389.
- 25. FOLZ BJ, LIPPERT BM, KUELKENS C ET WERNER JA.**
Hazards of piercing and facial body art: a report of three patients and literature review.
Ann Plast Surg 2000;**45**(4):374-381
- 26. FOLZ BJ, LIPPERT BM, KUELKENS C ET WERNER JA.**
Jewelry-induced diseases of the head and neck.
Ann Plast Surg 2002;**49**(3):264-271.
- 27. FRIEDEL JM, STEHLIK J, DESAI M ET GRANATO JE.**
Infective endocarditis after oral body piercing.
Cardiol Rev 2003;**11**(5):252-255.
- 28. GLOBE ACCESS**
Que faut-il penser du piercing ?
<http://www.globeaccess.net/globe3/savoi123.htm>
- 29. GREGOIRE R ET OBERLIN S.**
Précis d'anatomie. 10è ed.
Paris : « Baillière »,1991.
- 30. GUIARD-SCHMIDT JB, PICARD H, SLAMA L ET COLL.**
Le piercing et ses complications infectieuses.
Presse Méd 2000;**29**:1948-1956.
- 31. GUIARD-SCHMIDT JB ET COLL.**
Guide des bonnes pratiques du piercing:guide technique à l'usage des professionnels du piercing, recommandations pour la prévention de la transmission des maladies infectieuses.
Paris: « Assistance publique-Hôpitaux de Paris »,2001.
- 32. GUILLAUME B.**
Le piercing en odonto-stomatologie.
Actual Odontostomatol (Paris) 2002 ;**219** :333-340.
- 33. HARDEE PS, MALLYA LR ET HUTCHINSON IL.**
Tongue piercing resulting in hypotensive collapse.
Br Dent J 2000;**188**(12):657-658.

34. HELLARD M, AITKEN C, MACKINTOSH A ET COLL.

Investigation of infection control practices and knowledge of hepatitis C among body piercing practitioners.

Am J Infect Control 2003;**31**(4):215-220.

35. ITC PIERCING

La langue.

<http://www.itcpiercing.com>

36. ITC PIERCING

Le nettoyage.

<http://www.itcpiercing.com>

37. ITC PIERCING

Un peu de technique.

<http://www.itcpiercing.com>

38. JORNET LOPEZ P, VICENTE ORTEGA V, YANEZ GASCON J ET COLL.

Clinicopathological characteristic of tongue piercing : an experimental study.

J Oral Pathol Med 2004;**33**:340-345.

39. KEOGH IJ ET O'LEARY G.

Serious complication of tongue piercing.

J Laryngol Otol 2001;**115**(3):233-234.

40. KRETCHMER MC ET MORIARTY JD.

Metal piercing through the tongue and localized loss of attachment:a case report.

J Periodontol 2001;**72**(6):831-833.

41. KUCZKOWSKI, KRZYSZTOF M ET BENUMOF JONATHAN L.

Tongue piercing and obstetric anesthesia.Is there cause for concern?

J Clin Anesthesia 2002;**14**(6):447-448.

42. LACROIX P.

Le piercing est-il dangereux ?

<http://mediadentaire.org>

43. LE BRETON D.

Signes d'identité: tatouages, piercings et autres marques corporelles.

Paris : « Métaillé »,2002.

44. LEMUR

Le piercing un bijou pas comme les autres?

<http://perso.wanadoo.fr/lemur/PIERCING.htm>

45. LOUP PJ ET MOMBELLI A.

The oral cavity : a new "piercing" target .Case report and review of the literature.

Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002;**112**(5):474-487.

46. LUMINET B ET GUYONNET JP.

Sécurité sanitaire, tatouage et piercing, des pratiques professionnelles à risques
Bulletin épidémiologique hebdomadaire lu Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
Institut de veille sanitaire, 22 Janvier 2002.

47. MANDABACH MG, MCCANN DA ET THOMPSON GE.

Body art: another concern for the anaesthesiologist.
Anesthesiology 1998;**88**(1):279-280.

48. MANDAL A, MCKINNEL T ET BERRY RB.

Retained tongue stud: an unusual complication of tongue piercing.
Br J Plast Surg 2002;**55**(6):535-536.

49. MARTINELLO A ET COONEY L.

Cerebellar brain abscess associated with tongue piercing.
Clin Infect Dis 2003;**36**:e32-e34.

50. MENINGAUD JP.

Piercing enjeux éthiques.
Actual Odontostomatol (Paris) 2002;219 :341-343.

51. MONOD C ET DUHAMEL B.

Schémas d'anatomie. Tête et cou : n°4.
Paris : « Vigot »,1983.

52. NEMATI M ET TOUMELIN-CHEMLA F.

Les piercings buccaux en question.
Inf Dent 2005;**87**(31):1889-1893 .

53. O'DWYER JJ ET HOLMES A.

Gingival recession due to trauma caused by a lower lip stud.
Br Dent J 2002;**192**(11):615-616.

54. O'MALLEY CD, SMITH N, BRAUN R ET PREVOTS DR

Tetanus associated with body piercing.
Clin Infect Dis 1998;**27**:1343.

55. OYOS TL.

Intubation sequence for patient presenting with tongue ring.
Anesthesiology 1998;**88**:279-280.

56. PERCEVAL PIERCING

La stérilisation et autres trucs.
<http://www.percevalpiercing.com/sterilisation.htm>

57. PERCEVAL PIERCING

Les métaux. Les bijoux ça brille.
<http://www.percevalpiercing.com/metal.htm>

58. PERKINS CS, MEISNER J ET HARRISON JM.

A complication of tongue piercing.
Br Dent J 1997;**182**:147-148.

59. PETICOLAS T, TILLISS TS ET CROSS-POLINE GN.

Oral and perioral piercing: a unique form of self-expression.
J Contemp Dent Pract 2000;**1**(3):30-46.

60. PIERCINGS

Un peu d'histoire.
<http://www.piercings.ch/histoire/histoire.htm>

61. PUGATCH D, MILENO M ET RICH JD.

Possible transmission of human immunodeficiency virus type 1 body piercing.
Clin Infect Dis 1998;**26**:767-768.

62. RAHILLY G ET CROCKER C.

Pathological migration : an unusual cause of midline diastema.
Dent Update 2003;**30**:547-549.

63. RAM D ET PERETZ B.

Tongue piercing and insertion of metal studs:three cases of dental and oral consequences.
ASDC J Dent Child 2000;**67**(5):326-329,302.

64. ROSENBERG AD, YOUNG M, BERNSTEIN RL ETALBERT DB.

Tongue rings: just say no.
Anesthesiology 1998;**89**:1279-1280.

65. ROSIVACK RG ET KAO JY.

Prolonged bleeding following tongue piercing:a case report and review of complications.
Pediatr Dent 2003;**25**(2):154-156.

66. ROUERS B.

Piercing et autres modifications corporelles en occident : de la revendication du rituel
A l'interprétation par le rite.
[http://organdi.net /](http://organdi.net/)

67. SAFE PIERCING

Femme Makololo
<http://safepiercing.org/troubleshooting.html>

68. SANS AUTEUR

Le piercing.
<http://www.membres.lycos.fr/piercings/>

69. SANTE WEB

Piercing attention.

<http://www.santeweb.com/ArticlesViePratique.asp?Sid=28>

70. SARDELLA A, PEDRINAZZI M, BEZ C, LODI G ET COLL.

Labial piercing resulting in gingival recession .A case series.

J Clin Periodontol 2002;**29**(10):961-963.

71. SHACHAM R, ZAGURI A, LIBRUS HZ ET BAR T.

Tongue piercing and its adverses effects.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2003;**95**(3):274-276.

72. STIRN A.

Body piercing :medical consequences and psychological motivation.

The Lancet 2003;**361**(9364):1205-1215.

73. THEODOSSY T.

A complication of tongue piercing:a case report and review of the literature.

Br Dent J 2003;**194**(10):551-552.

74. TRONEL H, CHAUDEMANCHE H, PECHIER N ET COLL.

Endocarditis due to neisseria mucosa after tongue piercing.

Clin Microbiol Infect 2001;**7**(5):275-276.

75. TUTIN C.

Des dangers du piercing quand il passe à l'oral.

Br Dent J 1997;**182**(4) :147-148.

76. WHITTLE GARY J ET LAMBDEN KENNETH H.

Lip and tongue piercing : experiences and views of General dental practitioners in South Lancashire.

Primary Dent Care 2004;**11**(3):92-96.

77. WIRZ M.

Le piercing, rite sanglant d'aujourd'hui?

<http://lapresse.ch/archives/arch98/piercing.htm>

78. YVELISE

Tout savoir sur le piercing.

<http://yvelise.free.fr/langue.html>

79. ZAHAROPOULOS P.

Fine-needle aspiration cytology in lesions related to ornament body procedures

(skin tattoing, intraoral piercing) and recreational use of drugs (intranasal route).

Diagn Cytopathol 2003;**28**(5):258-263.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: femme Makololo portant un "pelele"	8
Figure 2: anatomie descriptive de la face dorsale de la langue	19
Figure 3: anatomie descriptive de la face ventrale de la langue	19
Figure 4: anatomie structurale. Le squelette lingual	20
Figure 5: anatomie structurale. Les muscles de la langue: vue latérale droite	23
Figure 6: coupe frontale des muscles de la langue, vue antérieure	23
Figure 7: vascularisation de la langue	24
Figure 8: innervation de la langue	27
Figure 9: piercings dorsiventraux de la langue	27
Figure 10: dessin de piercings dorso-ventral et dorso-latéral de la langue	28
Figure 11: photos de barbell	28
Figure 12: photos d'anneau complet de fer à cheval	29
Figure 13: anatomie descriptive des lèvres. Vue de face	30
Figure 14: anatomie descriptive des lèvres. Coupe sagittale médiane	31
Figure 15: les muscles des lèvres	34
Figure 16: vascularisation et innervation des lèvres. Vue de face	35
Figure 17: piercing médusa	36
Figure 18: les différentes localisations possibles sur les lèvres	37
Figure 19: piercings "goujons de labret"	37
Figure 20: infection locale chez un adolescent de 13 ans après pose d'un piercing de la lèvre supérieure	47
Figure 21: hyperplasies de la langue suite à un piercing	48
Figure 22: interférences due à un piercing de la langue sur une radiographie panoramique ...	50
Figure 23: tableau récapitulatif de différentes études de cas comportant des récessions gingivales liées au port de piercing lingual ou labial	52
Figure 24: récessions gingivales au niveau de 31 et 41 suite au port d'un piercing labial	53
Figure 25: fractures dentaires en rapport avec le port de piercing de la langue	54
Figure 26: migration dentaire suite au port d'un piercing de la langue	56
Figure 27: répartition par âge	70
Figure 28: répartition en fonction du sexe	70
Figure 29: répartition en fonction de la catégorie socio-professionnelle	71
Figure 30: les différentes localisations des piercings	71
Figure 31: répartition en fonction du matériau utilisé pour le piercing	72
Figure 32: répartition en fonction des complications suite à un piercing de la langue	72
Figure 33: répartition en fonction des complications suite à un piercing de la lèvre	73

AUTORISATIONS DE REPRODUCTION

*Antibabypiercing est un groupe de personnes qui **renseignent** les gens sur les **modifications corporelles** et qui fait de la **prévention**. Créé en 2004. ABP est également un studio de piercing en Suisse qui verra le jour prochainement. Le nom est utilisé par la pierceuse pour le moment en tant qu'AB Piercing. ©ABP [Contact](#)*
VOUS DEVEZ CITER LA SOURCE SI VOUS DÉSIREZ REPRENDRE DES
INFORMATIONS DE CE BLOG ! MERCI DE LE RESPECTER ! sinon vous pourrez être
poursuivis en justice.
Ce / tte création est mis / e à disposition sous un contrat Creative Commons.



Date:	Wed, 12 Apr 2006 07:03:28 -0500
De:	"Caitlin McDiarmid, APP Administrator" <info@safepiercing.org>  Ajouter au carnet d'adresses
À:	"douzille aurelie" <aureliedouzille@yahoo.fr>
Objet:	Re: permisssion to reproduct photos from the site

I am not sure there is a way to pull the photos on the site from the site - but as long as proper reference is given : Photos credited from the APP. And our contact information (phone and website) are referenced somewhere, end of thesis; next to photos - that will be fine.

Caitlin McDiarmid
 APP Administrator
 Post Office Box 1287
 Lawrence, KS 66044
www.safepiercing.org
info@safepiercing.org
 888-888-1277 Phone/Fax
 785-841-6060 Phone/Fax
 Call for shipping address

douzille aurelie wrote:

I'm a french student in dentistry and I'm doing a thesis about tongues and lips piercings.
 Can y use yous photos about piercings from your site.
 They will not used to commercial publication just in my thesis and I need your permission.
 Thank you for your response
 aurélie douzillé

De:	"François UNGER" <francois-unger@numericable.fr>  Ajouter au carnet d'adresses
À:	"douzille aurelie" <aureliedouzille@yahoo.fr>
Objet:	Re: autorisation de publication pour thèse
Date:	Wed, 12 Apr 2006 14:23:56 +0200

Pas de problème tu peux reprendre l'article en citant la source bien entendu.

Ici personne n'a reçu ton message. peux tu me donner l'adresse mail et la date à laquelle tu as envoyé ta demande. merci, François Unger

----- Original Message -----

From: [douzille aurelie](#)

To: francois-unger@numericable.fr

Sent: Wednesday, April 12, 2006 11:07 AM

Subject: autorisation de publication pour thèse

bonjour,

comme convenu lors de notre rencontre je vous envoie les références de l'article contenant les photos que je voudrai reproduire dans ma thèse sur les piercings de la langue et des lèvres:

ID vol.87 n°31 du 14 septembre 2005 pages1889-1892

merci

aurélie douzillé

De:	"Jay Biber" <jaybiber@hotmail.com>  Ajouter au carnet d'adresses
À:	aureliedouzille@yahoo.fr
Objet:	RE: permission to reproduct photos from your article
Date:	Wed, 12 Apr 2006 05:17:08 -0500

Dear Douzille,

You are welcome to use the photos from my article for your thesis. Best of luck in writing your thesis and in your future studies and practice of dentistry.

Sincerely,

Jay Biber, DMD

From: *douzille aurelie* <aureliedouzille@yahoo.fr>
 To: *jaybiber@hotmail.com*
 Subject: *permission to reproduct photos from your article*
 Date: *Wed, 12 Apr 2006 11:19:16 +0200 (CEST)*

I'm a french student in dentistry and I'm doing a thesis about tongues and lips piercings.

Can y use yous photos from the article "oral piercing: the hole story" published in Northwest Dent January-February 2003 vol 1 n°82 ? they will not used to commercial publication but just in my thesis and I need your permission.

Thank you for your response

Douzillé Aurélie

Date:	Wed, 12 Apr 2006 17:43:00 -0300
Objet:	Re:permission to reproduct photos from your article
De:	"chambras" <chambras@bol.com.br>  Ajouter au carnet d'adresses
À:	"aureliedouzille" <aureliedouzille@yahoo.fr>

Dear Douzillé,

I give you the permission to use these photos, however I believe that you may get in touch with the editorial office of The Journal of The Canadian Dental Association to receive the permission of the copyrights owner.

Sincerely,

Dr. Leandro Chambrone

Date:	Thu, 20 Apr 2006 09:09:54 +0200
De:	"Pierre-Jean Loup" <Pierre-Jean.Loup@medecine.unige.ch>  Ajouter au carnet d'adresses
Objet:	Re: autorisation de reproduire des photos
À:	"douzille aurelie" <aureliedouzille@yahoo.fr>

Bonjour,

Merci de votre intérêt pour notre article sur le «piercing» dans la cavité buccale.

Nous vous autorisons à reproduire les images publiées dans cet article (RMSO 5/2002) pour illustrer votre thèse. Chaque image doit être accompagnée de la citation de l'article ou de la mention « @Loup & Mombelli 2002 ». Nous vous souhaitons plein succès dans votre travail de thèse. Bien cordialement,

P.-J. Loup A. Mombelli

P.S.: Je serais très intéressé par une copie (électronique) de votre travail.
Merci de penser à moi lors de la parution /publication :-)

Pierre-Jean Loup
Dr méd. dent.
19, rue Barthélemy-Menn
CH-1205 Genève
Tél.++41(0)22 379 41 08
Fax.++41(0)22 379 40 32

Selon douzille aurelie <aureliedouzille@yahoo.fr>:
> Je suis étudiante en dentaire à Nantes et je suis en train de faire ma thèse
> sur les piercings de la langue et des lèvres.
> M'autorisez-vous à utiliser les photos issues de votre article " la cavité
> buccale:nouvelle cible du "piercing" paru dans la revue mensuelle

Suisse

- > Odontostomatologie en 2002 dans le volume 112 ?
- > Ces photos ne seront pas utilisées à des fins commerciales, elles
- > illustreront seulement ma thèse.
- > Merci de votre réponse
- > Aurélie Douzillé

De:	"gerard rahilly" <gerardrahilly@hotmail.com>  Ajouter au carnet d'adresses
À:	aureliedouzille@yahoo.fr
Objet:	RE: permission to reproduct photos from my article
Date:	Thu, 13 Apr 2006 12:00:16 +0000

Dear Douzille,

Yes, I am happy for you to reproduce the photographs or any other part of my article. Good luck with your thesis.

Au revoir

G. Rahilly

Consultant Orthodontist

From: *douzille aurelie* <aureliedouzille@yahoo.fr>
To: *gerardrahilly@hotmail.com*
Subject: *permission to reproduct photos from your article*
Date: *Wed, 12 Apr 2006 13:52:10 +0200 (CEST)*

I'm a french student in dentistry and I'm doing a thesis about tongues and lips piercings.

Can I use your photos from the article "pathological migration:an unusual cause of midline diastema" published in Dental Update December 2003 vol 30 ? they will not be used for commercial publication but just in my thesis and I need your permission.

Thank you for your response

Douzillé Aurélie

aureliedouzille@yahoo.fr

DOUZILLE (Aurélie). –Piercing de la langue et des lèvres : conséquences sur la santé-
89 f., ill., tabl., 30 cm. -
(Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2006).
N°

L'odontologiste est de plus en plus régulièrement confronté à la présence de piercings dans la cavité buccale de ses patients, que ce soit au niveau des lèvres ou de la langue. Pour que l'omnipraticien puisse jouer correctement son rôle de conseiller et de thérapeute, il convient de connaître les complications qu'entraînent ces modifications corporelles, qu'elles soient d'ordre anatomique, infectieuse ou autre car, les mesures de prévention et les conduites à tenir qui peuvent être mises en place par le pierceur, le piercé ou le chirurgien-dentiste en découlent directement.

Rubrique de classement : PARODONTOLOGIE

Mots clés : Langue / Tongue
Lèvre / Lip
Infections / Infection
Stérilisation / Sterilization

JURY :

Président : Monsieur le Professeur A. DANIEL
Assesseurs : Monsieur le Professeur B. GIUMELLI
Directeur : Monsieur le Docteur G. AMADOR DEL VALLE
Co-directeur : Mademoiselle E. CARRE

Adresse de l'auteur : DOUZILLE Aurélie
31 rue d'Oiré les caves
49260 VAUDELNAY