

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

QUESTION 1

Comment puis-je savoir qu'un patient souffre d'apnée obstructive du sommeil?

Contexte

Nous en connaissons aujourd'hui beaucoup sur le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)¹ et cette expression est même devenue un terme du vocabulaire courant dans certains milieux. Les médias en traitent davantage et les médecins de famille en reconnaissent les symptômes plus régulièrement. L'industrie dentaire a elle aussi emboîté le pas en faisant la promotion des appareils d'avancement mandibulaire pour le traitement du ronflement, et certains auteurs ont même proposé d'utiliser ces appareils pour traiter l'apnée obstructive du sommeil². Il importe toutefois que ces appareils soient mis en place avec soin.

L'apnée obstructive du sommeil est un trouble respiratoire du sommeil qui provoque la relaxation des tissus mous entourant les voies respiratoires, lesquelles deviennent alors obstruées ou partiellement obstruées durant le sommeil. Ce trouble respiratoire est diagnostiqué par une polysomnographie ou «étude du sommeil», qui est réalisée dans un laboratoire de sommeil afin de déterminer le nombre d'épisodes d'apnée ou d'hypopnée durant le sommeil. L'apnée désigne l'arrêt de la respiration pendant au moins 10 secondes en présence d'un effort respiratoire, alors que l'hypopnée est une diminution de l'écoulement d'air pendant 10 secondes, qui s'accompagne de réactions d'éveil et/ou d'une diminution de plus de 3 % de la saturation en oxygène. Le

nombre total d'épisodes d'apnée et d'hypopnée est divisé par le nombre total d'heures de sommeil pour calculer l'indice apnée-hypopnée ou IAH.

L'obstruction partielle ou totale des voies respiratoires et la diminution du taux d'oxygène dans le sang s'accompagnent d'une fluctuation de la tension artérielle et du rythme cardiaque et d'une perturbation du sommeil. On peut comparer ces fluctuations des paramètres physiologiques à la conduite d'un véhicule automobile qui serait caractérisée par des mouvements répétés d'accélération rapides suivies d'un freinage brutal. Ces périodes d'éveil peuvent empêcher la personne d'atteindre les stades essentiels du sommeil plus profond. La personne n'est habituellement pas consciente de ses périodes d'éveil. Elle peut cependant en constater les effets à court terme, lesquels peuvent notamment se manifester par une fatigue durant le jour, une sensation de fatigue au réveil, des maux de tête le matin et une somnolence



Illustration 1a : Cliché encéphalométrique préopératoire d'un patient souffrant d'apnée obstructive du sommeil grave. Remarquer l'espace pharyngé postérieur restreint (flèches).



Illustration 1b: Cliché encéphalométrique postopératoire montrant le changement positif dans les dimensions de l'espace pharyngé postérieur (flèches) après la chirurgie d'avancement maxillo-mandibulaire. Le patient ne souffre plus d'apnée et n'a plus besoin d'une ventilation spontanée en pression positive continue.

diurne. Cet état peut aussi avoir des effets nocifs à long terme sur le système cardiovasculaire et donner lieu ultérieurement à une hypertension pulmonaire et une insuffisance cardiaque.

Diagnostic du SAOS

La ronchopathie est le symptôme le plus fréquemment signalé par les patients souffrant du SAOS, et c'est souvent le partenaire qui constate et signale (à la personne ou à son médecin) ce ronflement incessant et les arrêts de la respiration qui surviennent tout au long de la nuit. Il arrive également que le partenaire doive à maintes reprises donner des coups de coude sur les côtes de la personne qui ronfle, pour qu'elle se remette à respirer durant ces «pauses». Dans certains cas, le ronflement est à ce point bruyant que la personne doit s'isoler dans une autre chambre ou dans une pièce éloignée de la maison, pour ne pas déranger le reste de la famille. Le portrait type d'une personne atteinte du SAOS est celui d'un homme d'âge moyen ayant un excédent de poids; cependant, les patients ne répondent pas tous à ce stéréotype et des femmes plus jeunes et de taille moyenne peuvent aussi en être atteintes. Enfin, les personnes atteintes peuvent être à ce point fatiguées durant le jour qu'elles peuvent s'endormir de manière subite, ce qui peut s'avérer fatal si la personne s'endort au volant.

Un questionnaire comme l'échelle de somnolence d'Epworth⁴ ou l'oxymétrie pulsée durant la nuit peuvent être utiles pour dépister les personnes souffrant du SAOS; cependant, seul un polysomnogramme complet permet de poser le diagnostic. Le dentiste peut soupçonner la présence du SAOS si le patient présente les symptômes suivants : ronflement bruyant et perturbateur, arrêts de la respiration observés durant le sommeil, maux de tête le matin, somnolence diurne et altération des fonctions cognitives au

réveil le matin, due à l'absence de sommeil réparateur. Un cliché encéphalométrique latéral, permettant d'évaluer l'espace pharyngé postérieur, peut être un outil diagnostique utile (ill. 1)³, car un grand nombre de ces patients présentent une anomalie anatomique.

Conclusions

Le SAOS est un trouble respiratoire de plus en plus répandu dans notre société, qui a de graves conséquences sur la santé à court et à long termes. Si un patient demande à son dentiste de lui fournir un appareil pour traiter un grave problème de ronflement, le dentiste devrait soupçonner le SAOS et diriger le patient vers un spécialiste du sommeil pour une évaluation. ♦

L'AUTEUR



Le Dr Archie Morrison est directeur de la formation de cycles supérieurs de chirurgie buccale et maxillofaciale, Département des sciences buccales et maxillofaciales, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse). Courriel : Archie.Morrison@dal.ca.



Le Dr Morrison est membre de l'Association canadienne des spécialistes en chirurgie buccale et maxillofaciale.

Références

1. Lee NR. Current medical and surgical management of sleep related breathing disorders. *Oral Maxillofac Clin North Am* 2002; 14(3):273-409.
2. Lowe AA. Principles of oral appliance therapy for the management of sleep disordered breathing. *Oral Maxillofac Clin North Am* 2002; 14(3):305-18.
3. Robertson CG. Subjective and objective treatment outcomes of maxillomandibular advancement for the treatment of obstructive sleep apnea syndrome [master's thesis]. Halifax: Dalhousie University; 2003.
4. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14(6):540-5.

QUESTION 2

Quel est le rôle de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie dans le traitement du cancer de la bouche?

Contexte

Au Canada, quelque 3200 nouveaux cas de cancer de la bouche et 1100 décès liés à cette maladie sont rapportés chaque année¹. Plus de 90 % de ces cancers sont des carcinomes spino-cellulaires. À l'exception du cancer de la lèvre inférieure qui est relié à l'exposition au soleil, le tabagisme et la consommation d'alcool demeurent les principaux facteurs de risque du cancer de la bouche dans les pays occidentaux.

Les patients qui souffrent d'un cancer de la bouche peuvent être asymptomatiques ou présenter un ou plusieurs des symptômes suivants : douleur, paresthésie, dysphagie, odyndophagie, dysarthrie, mobilité des dents, masse cervicale et perte de poids. Les carcinomes spino-cellulaires de la cavité buccale peuvent se présenter sous forme de lésion blanche ou rouge, d'ulcère ou de masse. Le plus souvent, ces carcinomes siègent dans la lèvre inférieure, les faces latérale et ventrale de la langue et le plancher de la bouche. Lorsqu'un diagnostic de cancer de la bouche est posé sur la base d'une biopsie des tissus et d'une évaluation histopathologique, une investigation complète doit être réalisée, incluant un examen complet de la tête et du cou, un tomogramme ou une imagerie par résonance magnétique, une radiographie pulmonaire et un bilan sanguin.

Le stade du cancer est ensuite déterminé selon la classification TNM (tumeur, ganglion, métastases) (tableaux 1 et 2)². Puis chaque cas est évalué par une équipe multidisciplinaire de traitement des tumeurs de la tête et du cou, généralement rattachée à un centre anticancéreux régional en milieu hospitalier. Cette équipe, composée d'oto-rhino-laryngologistes, de spécialistes en chirurgie buccale et maxillofaciale, de radio-oncologues, d'oncologues médicaux, de pathologistes, de radiologistes, de prosthodontistes maxillofaciaux, d'orthophonistes, de diététistes et de travailleurs sociaux, détermine par voie de consensus le traitement approprié. Les modalités thérapeutiques actuellement disponibles pour le traitement du cancer de la bouche incluent la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Facteurs à considérer dans le choix du traitement

Le but du traitement du cancer de la bouche est d'enrayer le cancer, tout en réduisant au minimum les séquelles du traitement et en préservant ou en

Tableau 1 Classification TNM des cancers de la bouche selon l'American Joint Committee on Cancer²

Tumeur primitive (T)	
TX	Tumeur primitive non évaluable
T0	Aucun signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur > 2 cm mais ≤ 4 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur > 4 cm dans sa plus grande dimension
T4	Tumeur envahissant les structures adjacentes
Ganglions lymphatiques régionaux (N)	
NX	Ganglions lymphatiques régionaux non évaluables
N0	Aucune métastase dans les ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension
N2a	Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 cm mais ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension
N2b	Métastase dans de multiples ganglions lymphatiques homolatéraux ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension
N2c	Métastase dans des ganglions lymphatiques bilatéraux ou controlatéraux ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension
N3	Métastase dans un ganglion lymphatique > 6 cm dans sa plus grande dimension
Métastases à distance (M)	
MX	Métastases à distance non évaluables
M0	Aucune métastase à distance
M1	Métastases à distance

rétablissant la forme et les fonctions. Divers facteurs influent sur le choix du traitement, notamment la taille et le siège de la lésion primitive, la présence ou non de métastases et l'état de santé général du patient.

Les tumeurs buccales plus petites (T1 et T2) peuvent être traitées autant par chirurgie que par radiothérapie; il convient cependant de considérer avec soin les séquelles à long terme et les complications qui peuvent résulter de la radiothérapie, notamment la xérostomie, les caries radio-induites et l'ostéoradionécrose, en particulier si la tumeur siège près de l'os. La chirurgie demeure donc le principal mode de traitement pour la plupart des carcinomes

Tableau 2 Stades du cancer de la bouche, selon l'American Joint Committee on Cancer²

Stade	Tumeur primitive	Ganglions lymphatiques régionaux	Métastases à distance
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
IVA	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
IVB	Toute T	N2	M0
	Toute T	N3	M0
IVC	Toute T	Tout N	M1

buccaux. Ainsi, les tumeurs au stade précoce sont souvent traitées par voie chirurgicale seulement, tandis que les lésions d'un stade plus avancé requièrent souvent une radiothérapie postopératoire ou une chimiothérapie et une radiothérapie postopératoires combinées.

Les 3 volets du traitement chirurgical consistent en l'exérèse de la tumeur primitive, le traitement des métastases cervicales et la reconstruction de l'anomalie causée par l'ablation. Dans le cas des carcinomes spino-cellulaires, l'exérèse de la lésion primitive vise à obtenir une marge de tissu sain de 1 cm. Diverses options peuvent être utilisées pour la reconstruction, dont les suivantes : simple granulation tissulaire; suture primitive; greffe de demi-épaisseur; lambeaux locaux; lambeaux régionaux; lambeaux libres par microchirurgie; greffe osseuse non vascularisée différée; mise en place d'implants osséointégrés et prothèses maxillofaciales.

S'il y a des signes cliniques ou radiologiques de métastases cervicales, un curage cervical thérapeutique est pratiqué pour enlever les ganglions lymphatiques et les chaînes ganglionnaires dans les régions du cou où il y a risque de métastases. Si le patient ne présente encore aucun signe de métastases cervicales mais que le risque de métastases occultes est supérieur à 20 %, un curage cervical facultatif est pratiqué pour enlever les ganglions lymphatiques et les chaînes ganglionnaires dans les régions du cou les plus susceptibles d'abriter des métastases occultes. Parmi les facteurs utilisés pour évaluer le risque de métastases occultes, mentionnons la taille et le siège de la lésion primitive, la profondeur de l'envahissement, l'envahissement vasculaire ou lymphatique et la différenciation cellulaire.

Les carcinomes spino-cellulaires de l'amygdale palatine et de la base de la langue sont souvent traités uniquement par radiothérapie primaire ou par chimiothérapie et radiothérapie concomitantes (stades plus avancés). La radiothérapie postopératoire pour le traitement des carcinomes de la cavité buccale est indiquée dans les cas de lésions plus grosses (T3 ou T4), d'histologie indiquant un haut grade de malignité (lésions peu différenciées ou indifférenciées et lésions à bords infiltrants plutôt que bien délimités), d'envahissement périneural ou vasculaire, de tumeur siégeant dans la marge de résection chirurgicale ou à proximité, de métastases présentes dans au moins 2 ganglions cervicaux ou de métastases cervicales avec extension extracapsulaire. Les patients traités par radiothérapie pour un cancer de la bouche doivent subir une évaluation dentaire complète suivie de tout traitement dentaire nécessaire pour réduire au minimum la nécessité de procéder à d'autres extractions dans la zone irradiée. Ils doivent également être bien renseignés sur les risques de caries radio-induites et d'ostéoradionécrose, et un traitement quotidien au fluorure devrait être instauré.

Les données récentes indiquent que la chimiothérapie et la radiothérapie postopératoires concomitantes améliorent le contrôle des tumeurs locales et régionales, ainsi que les chances de survie, dans les cas de cancers de la bouche avancés (stades III et IV)^{3,4}. De fait, ce traitement est devenu la norme en matière de soins pour les patients qui sont capables de tolérer la toxicité associée à la chimio-radiation. ♦

L'AUTEUR



Le Dr Chad Robertson est professeur adjoint au département des sciences buccales et maxillofaciales à l'Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).
Courriel : cgrobert@dal.ca.



Le Dr Robertson est membre de l'Association canadienne des spécialistes en chirurgie buccale et maxillofaciale.

Références

1. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2006. Toronto, Canada; 2006.
2. Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz A, Balch CM, Haller DG, and others. Lip and oral cavity. In: AJCC cancer staging manual. 6th edition. New York: Springer; 2002. p. 23–32.
3. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, and others. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2004; 350(19):1937–44.
4. Bernier J, Domeneq C, Ozsahin M, Matuszewska K, Lefebvre JL, Grenier RH, and others. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med* 2004; 350(19):1945–52.

QUESTION 3

Est-il possible d'extraire une troisième molaire inférieure incluse, sans causer la formation d'une poche parodontale derrière la deuxième molaire?

Contexte

La formation d'une poche derrière la deuxième molaire, après l'extraction chirurgicale d'une troisième molaire inférieure incluse, est une complication postopératoire occasionnelle, qui ne peut pas toujours être évitée¹⁻³. Lorsque cela se produit, d'autres interventions peuvent être nécessaires pour éliminer la poche ou régénérer l'os^{4,5}, mais celles-ci présentent de nombreuses difficultés et leur succès est limité⁴. Nous avons observé des cas où plusieurs techniques ont été tentées pour traiter cette complication mais où, en définitive, l'extraction de la deuxième molaire s'est avérée le seul moyen de traiter la poche parodontale profonde qui s'étendait jusqu'à l'apex de la racine distale. Il y a cependant des cas où la formation de poches peut être évitée.

Cas applicables

Chez certains patients dont la troisième molaire inférieure est incluse (et surtout lorsqu'elle est semi-incluse), l'examen initial peut révéler la présence de poches parodontales (causées par la perte d'os sur la crête distoproximale de la deuxième molaire). Chez ces patients, l'extraction de la dent incluse est souvent bénéfique et, chez les adolescents, la formation osseuse qui en résulte peut même favoriser un gain d'attache¹.

Il y a des cas, toutefois, où une troisième molaire inférieure incluse dans l'os ne présente aucune poche parodontale au distal de la deuxième molaire, même si la couronne de la dent incluse vient en contact

étroit avec la racine distale de la deuxième molaire, et aucun signe radiographique n'indique la présence d'os distoproximal sous la crête alvéolaire et derrière la deuxième molaire. Ceci s'explique du fait que l'os de la crête alvéolaire qui surplombe la dent incluse est intact (ill. 1 et 2). Le traitement de ces cas exige une attention particulière, car le retrait de l'os de la crête alvéolaire pour extraire la dent incluse peut causer la formation d'un défaut osseux profond, au distal de la deuxième molaire, qui s'étend jusqu'à la base de l'alvéole d'extraction (ill. 3). Aussi est-il prudent de conserver l'os qui surplombe la dent incluse. Cependant, l'extraction d'une troisième molaire incluse se fait habituellement par la crête alvéolaire, une technique qui favorise la formation postopératoire d'une poche^{5,6} quel que soit le type de lambeau utilisé⁶. Nous proposons donc d'utiliser plutôt la technique par voie latérale décrite ci-après, lorsqu'il faut extraire une troisième molaire inférieure incluse et enlever l'os de la crête alvéolaire sus-jacent.

Technique chirurgicale

Un lambeau-enveloppe mucopériosté pleine épaisseur est soulevé, puis on commence la résection osseuse dans le cortex latéral, à une distance de 2 à 3 mm sous la crête osseuse, à l'aide d'une pièce à main chirurgicale électrique et d'une fraise chirurgicale ronde. Une «fenêtre» ovale est pratiquée dans l'os buccal, au niveau de la face latérale de la couronne de la troisième molaire incluse (ill. 4). La partie antérieure de cette fenêtre ne devrait pas se trouver à

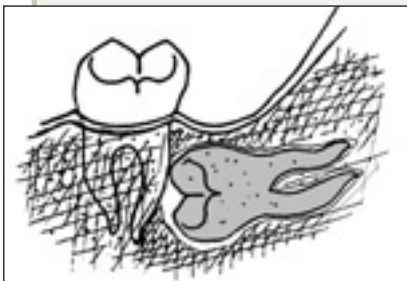


Illustration 1 : Troisième molaire inférieure incluse dans l'os, sans poche parodontale au distal de la deuxième molaire. L'os de la crête alvéolaire qui surplombe la dent incluse est intact.

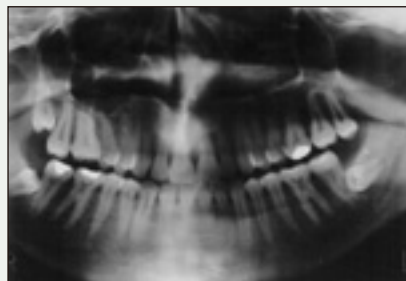


Illustration 2 : Orthopantomogramme de la troisième molaire inférieure gauche incluse en position horizontale, qui vient en contact avec la racine distale de la deuxième molaire sans être séparée par un septum osseux disto-proximal.

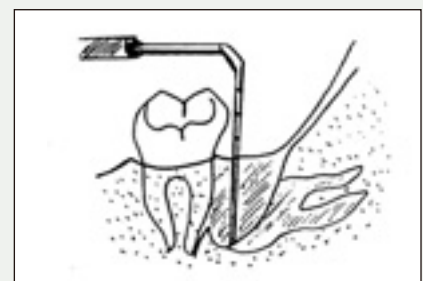


Illustration 3 : Défaut osseux postopératoire au distal de la deuxième molaire, consécutif à l'ablation de l'os de la crête alvéolaire sus-jacent pour extraire la dent incluse. Le défaut s'étend jusqu'à la base de l'alvéole d'extraction.

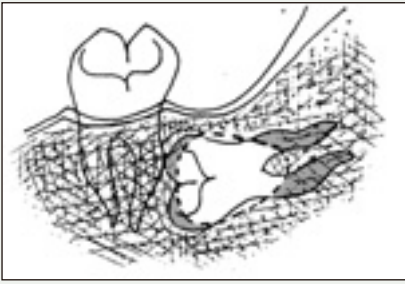


Illustration 4 : Fenêtre ovale pratiquée dans l'os buccal, au niveau de la face latérale de la couronne de la troisième molaire incluse, de 2 à 3 mm sous la crête et de 1 à 2 mm derrière la racine distale de la deuxième molaire.



Illustration 5 : Vue peropératoire de la couronne de la troisième molaire incluse, retirée par la «fenêtre» buccale.

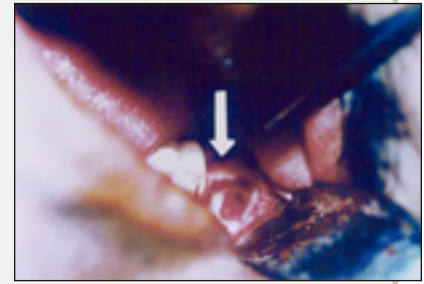


Illustration 6 : Vue peropératoire montrant le déficit osseux latéral (la «fenêtre» buccale) et la conservation d'une bordure de l'os de la crête alvéolaire, au-dessus et en arrière de la deuxième molaire inférieure (flèche).

moins de 1 à 2 mm de la racine distale de la deuxième molaire (pour prévenir les lésions radiculaires iatrogènes). Après exposition de la couronne et de la partie cervicale de la dent incluse, ainsi que du tiers supérieur de ses racines, la dent est sectionnée verticalement à la jonction amélocémentaire, au moyen d'une fraise à fissures ou d'une fraise à rosette; l'espace ainsi créé devrait suffire pour accéder à la couronne sectionnée. La dent ne doit pas être sectionnée complètement pour éviter toute atteinte du nerf lingual ou alvéolaire. Un élévateur droit est ensuite introduit dans le sillon pour séparer la couronne des racines, puis la couronne est sectionnée horizontalement et retirée par voie buccale (par fragments) à l'aide d'une pince hémostatique (ill. 5). Enfin, les racines sont sectionnées à la bifurcation et retirées. Après le retrait du follicule dentaire, le lambeau est suturé en place.

Justifications

En préservant l'os de la crête alvéolaire qui surplombe la dent incluse, le déficit chirurgical buccal créé (la «fenêtre» buccale) se trouve plusieurs millimètres sous la crête alvéolaire qui a été préservée, et derrière la deuxième molaire inférieure (ill. 6). On crée donc un déficit osseux latéral (plutôt que vertical) par lequel la dent peut être extraite et, après la suture du lambeau, le déficit devient inaccessible. Par conséquent, quelle que soit la formation osseuse, cette technique empêche la formation de poches, même s'il y a développement d'une cicatrice fibreuse ou migration latérale de l'épithélium dans le déficit osseux. De plus, cette technique prévient la déhiscence de la

plaie, l'introduction de débris et l'atteinte des structures linguales, car il n'y a ni extension, ni élévation du lambeau en direction linguale. Il est toutefois important de choisir avec soin les cas, pour éviter les risques et les complications. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, cette technique ne s'applique qu'aux dents totalement incluses et elle convient surtout aux sujets plus jeunes. ♦

L'AUTEUR



Le Dr Mohammad Hosein Kalantar Motamedi est professeur agrégé de chirurgie buccale et maxillo-faciale, Centre d'études sur le trauma, Université des sciences médicales Baqiyatallah, et chirurgien traitant, Département de chirurgie buccale et maxillo-faciale, Université des sciences médicales Islamic Azad, Division dentaire, Tehran, Iran. Courriel : motamedical@lycos.com.

Références

1. Krausz AA, Machtei EE, Peled M. Effects of lower third molar extraction on attachment level and alveolar bone height of the adjacent second molar. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34(7):756-60.
2. Kugelberg CF. Third molar surgery. *Curr Opin Dent* 1992; 2:9-16.
3. Kan KW, Liu JK, Lo EC, Corbet EF, Leung WK. Residual periodontal defects distal to the mandibular second molar 6-36 months after impacted third molar extraction. *J Clin Periodontol* 2002; 29(11):1004-11.
4. Sammartino G, Tia M, Marenzi G, di Lauro AE, D'Agostino E, Claudio PP. Use of autologous platelet-rich plasma (PRP) in periodontal treatment after extraction of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(6):766-70.
5. Dodson TB. Management of mandibular third molar extraction sites to prevent periodontal defects. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(10):1213-24.
6. Suarez-Cunquero MM, Gutwald R, Reichman J, Otero-Cepeda XL, Schmelzeisen R. Marginal flap versus paramarginal flap in impacted third molar surgery: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95(4):403-8.

QUESTION 4

Une femme de 25 ans se présente pour un traitement : elle a une dent antérieure ébréchée et un œil au beurre noir. Devrais-je lui demander si elle a été victime de violence familiale et, si cela s'avère être le cas, que devrais-je faire?

Contexte

Les statistiques sur la violence exercée par un partenaire intime (VPI) sont stupéfiantes. Au Canada, 8 % des femmes et 7 % des hommes sont victimes d'une forme quelconque de violence de la part d'un partenaire intime, et de 75 % à 90 % des femmes autochtones vivent dans des relations de violence. De plus, le tiers des contusions faciales subies par les femmes sont le résultat de VPI.

La grossesse est une période particulièrement dangereuse pour les femmes qui vivent une relation de violence. De fait, jusqu'à 21 % des femmes sont maltraitées durant leur grossesse, et la VPI est la principale cause de décès durant la grossesse. Or, comme moins de 20 % de ces femmes sont susceptibles de signaler la violence physique dont elles sont victimes, le dentiste doit être particulièrement vigilant lorsqu'il y a présence de traumatisme physique chez une patiente.

Comment aider

Il faut d'abord cerner le problème. Le dépistage systématique de la VPI gagne de plus en plus d'appui dans l'ensemble du Canada. De fait, comme d'importants facteurs personnels, professionnels et sociaux font obstacle à la divulgation de la violence, la seule étape raisonnable consiste à faire un dépistage auprès

de toutes les femmes qui présentent des contusions faciales. Durant un entretien privé avec la patiente, posez-lui une question de dépistage générale du genre : «Un grand nombre de patientes sont victimes d'un ou de plusieurs types de violence. Avez-vous déjà été victime de violence à l'âge adulte?» Ou optez pour une question plus directe : «Vos contusions faciales me portent à croire que quelqu'un vous a frappé. Ai-je raison?» Portez une attention particulière aux signaux d'alarme de violence (encadré 1).

Encadré 2 Liste de contrôle visant à évaluer la létalité

Plus le nombre de facteurs présents est élevé, plus le danger est grand. L'agresseur :

- objective sa partenaire; il la considère comme une possession personnelle (p. ex., la dénigre en la traitant de tous les noms)
- blâme la victime pour les incidents de violence
- est obsédé par sa partenaire
- est hostile, furieux ou en colère
- est extrêmement jaloux et peut laisser sous-entendre que sa partenaire lui est infidèle
- a été impliqué dans d'autres incidents assez violents à l'endroit de sa partenaire actuelle ou d'autres partenaires
- a tué ou blessé des animaux domestiques
- a menacé de tuer ou de blesser la femme ou les enfants
- a fait des tentatives de suicide ou menace de se suicider si la femme le quitte
- a accès à des fusils ou à des armes
- fait usage d'alcool ou de drogues illicites
- songe à blesser sa partenaire
- s'est séparé récemment, discute de séparation ou est en instance de divorce
- a détruit des objets personnels appartenant à sa partenaire
- souffre d'une maladie mentale diagnostiquée ou ne prend pas les médicaments qui lui ont été prescrits
- la police a déjà dû intervenir pour des incidents de violence familiale

Encadré 1 Signaux d'alarme de violence

- Blessures corporelles fréquentes, comme des traumatismes de la tête ou du visage
- Explication de la blessure qui ne correspond pas au type de blessure ou au degré de force utilisé
- Contusions multiples à différents stades de guérison
- Retard dans le traitement médical de blessures importantes
- Blessures physiques durant la grossesse
- Douleur chronique
- Dépression, idées suicidaires ou syndrome de stress post-traumatique
- Consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues
- Partenaire exerçant un contrôle excessif, étant réticent à laisser la femme seule avec le fournisseur de soins

Encadré 3 Liste de contrôle pour assurer sa sécurité durant une situation d'urgence

- Composer le 911; crier pour obtenir de l'aide.
- Prendre les dispositions nécessaires pour qu'un ami ou un voisin appelle la police s'il entend du bruit provenant de votre domicile.
- Convenir d'un mot de code à utiliser avec les enfants, la famille, les amis ou les voisins.

Ensuite, assurez-vous que les enfants qui font partie de la relation sont en sécurité. Votre obligation professionnelle envers les enfants de vos patientes donne lieu à l'un des rares cas où il doit y avoir signalement sans égard au droit à la confidentialité des adultes.

En effet, la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* stipule que les professionnels doivent signaler à une société d'aide à l'enfance tout cas présumé d'enfant maltraité ou abandonné. Or, il est aujourd'hui reconnu que le fait d'être témoin de violence constitue une forme de violence ou de négligence psychologique, les recherches ayant démontré les effets nocifs de vivre dans un foyer où il y a de la violence. Si vous avez des doutes au sujet d'un cas précis, téléphonez au service d'aide à l'enfance sans donner de nom; on vous dira s'il doit y avoir signalement. Si la situation ne répond pas aux exigences minimales en matière de signalement, votre obligation sera alors de protéger la vie privée du patient.

Enfin, aidez la patiente à se mettre en sécurité, en n'oubliant pas que ces besoins différeront selon la personne. Assurez-vous que les renseignements sur la VPI qui vous sont confiés sont traités de manière confidentielle et que le personnel ne risque pas de divulguer cette information par mégarde, à l'extérieur ou à l'intérieur du cabinet. Si le partenaire accompagne la patiente, profitez du moment où il doit quitter la pièce pour la prise des radiographies pour questionner la patiente et discuter de la situation. Lorsqu'une femme quitte une relation de violence, vous devez également prendre soin d'éviter de divulguer tout renseignement personnel qui pourrait indiquer son lieu de résidence.

Après avoir traité la blessure, demandez à la patiente si elle peut retourner chez elle en toute sécurité. Une liste de contrôle évaluant les risques de

létalité (**encadré 2**) est utile pour évaluer le danger que représente un partenaire violent. Documentez vos observations cliniques et demandez à la patiente si elle a prévu un plan d'urgence – au cas où son partenaire deviendrait plus violent. Les listes de contrôle de la sécurité peuvent être utiles à cette fin (**encadré 3**). Donnez-lui le numéro de téléphone de maisons d'hébergement pour femmes battues dans la région et de lignes d'écoute téléphonique.

Chaque patiente a une perception différente de la violence. Faites-lui savoir que vous pensez qu'elle est victime de violence, renseignez-la sur les ressources disponibles et, au besoin, aidez-la à se rendre à un endroit sûr, comme une maison d'hébergement pour femmes battues. Assurez-vous toutefois de poser les questions et de présenter les ressources disponibles avec discrétion, lorsque vous êtes seul avec la patiente, afin que le partenaire n'en soit pas informé. Enfin, n'oubliez pas que les gens ne sont pas tous prêts à reconnaître la violence; vous pouvez poser des questions et proposer une aide mais, en définitive, c'est la patiente qui devra agir. ➤

LES AUTEURS

Le Dr Ian Furst est membre du personnel et spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale, Cambridge Memorial Hospital, et partenaire, Coronation Dental Specialty Group, Cambridge (Ontario). Courriel : ifurst@csg.ca.

La Dre Siobhan Furst est chef d'équipe et infirmière praticienne, Centre de traitement et de soin pour les victimes de violence familiale et d'agression sexuelle de Guelph-Wellington, Hôpital général de Guelph, Guelph (Ontario).

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Lectures supplémentaires

Centre for Research on Violence against Women and Children: www.crvawc.ca

Manuel sur la violence familiale du Oakland County Coordinating Council Against Domestic Violence: www.domesticviolence.org/safe.html

Liste des agences internationales contre l'abus et la violence familiale : www.hotpeachpages.net

Bureau d'enquête de la police de Nashville (renseignements de la police américaine sur la planification de la sécurité) : www.police.nashville.org/bureaus/investigative/domestic/stalking.htm

Minnesota Center Against Violence and Abuse (grande base de données sur la planification de la sécurité et la recherche en matière de violence familiale) : www.mincava.umn.edu

U.S. National Coalition Against Domestic Violence : www.ncadv.org