

La cavité buccale : nouvelle cible du "Piercing"



Mots clés :
Piercing
Cavité buccale
Présentation de cas
Revue de la littérature

Pierre-Jean LOUP

Division de Physiopathologie buccale
et Parodontie

Section de Médecine Dentaire

19, rue Barthélemy-Menn

CH-1205 Genève

e-mail : pierre-jean.loup@medecine.unige.ch

Présentation de cas et revue de la littérature

Pierre-Jean Loup, Andrea Mombelli

Division de Physiopathologie buccale et Parodontie,

Section de Médecine dentaire,

Faculté de Médecine, Université de Genève.

Les adeptes du piercing possèdent fréquemment plusieurs "bijoux" insérés dans différentes parties de leurs corps. Les objets en rapport avec la cavité buccale peuvent causer des dégâts aux tissus dentaires et parodontaux, dont le patient n'est pas toujours conscient.

Tout porte à croire que le nombre de patients avec un ou plusieurs piercings dans la cavité buccale va augmenter ces prochaines années. Une telle pratique est difficile à admettre sur le plan médical, car les effets indésirables sont nombreux, soit localement, soit sur l'organisme en général. Les chirurgiens-dentistes sont au premier plan pour informer les patients des risques et dépister les complications. Dans cet article, cinq cas de piercing sont décrits, à la lèvre inférieure et à la langue, qui illustrent des traumatismes aux tissus dentaires et parodontaux. La discussion traite des complications observées ou potentielles et inclut une revue de la littérature, bien que ces complications soient rapportées de manière non-systématique, au moyen de cas isolés.

Depuis des temps reculés, et dans presque tous les types de sociétés, l'homme a été enclin à décorer son corps pour des raisons religieuses, culturelles ou esthétiques. Ces ornements peuvent prendre plusieurs formes et correspondre à différents degrés d'"invasivité" : peintures, tatouages, scarifications, piercings...

Dans le cas du piercing, différents matériaux ont été utilisés : le plus souvent des métaux, mais aussi du bois, de l'ivoire, de la terre cuite et, plus récemment, des matériaux synthétiques comme le téflon et le nylon. Potentiellement, toutes les parties du corps peuvent être percées et, ces dernières années, c'est la sphère buccale et péri-buccale qui est devenue une cible privilégiée. On observe ainsi de plus en plus fréquemment le perçage des lèvres, des joues, de la lèvre, de la région du pli labio-mentonnier et de la langue, ces deux derniers sites ayant le plus de succès.

Actuellement, les piercings les plus courants sont en acier (chirurgical), niobium ou titane, sous forme de clous ("labrette" en anglais), barres ("barbell") ou anneaux. La raison la plus souvent invoquée pour porter ce type d'ornements est d'ordre esthétique (De Moor et coll., 2000). À l'instar des boucles d'oreilles, ces objets tiennent lieu de corps étrangers dans les tissus où ils sont placés. L'épithélialisation du pertuis doit donc se produire afin de maintenir le piercing à l'extérieur de l'organisme. Dans le cas contraire, le contact de l'objet avec les tissus profonds accroît le risque d'infection. D'autres problèmes sont susceptibles d'apparaître, comme une inflammation chronique, une hypersensibilité à un composé du piercing ou une allergie. Des cas de réaction à corps étranger ont également été décrits (Ng et coll., 1997). Les traumatismes aux tissus percés ou avoisinants peuvent être, quant à eux, immédiats, lors de l'insertion de l'objet, ou tardifs, comme des déforma-

tions sous l'influence du poids ou de tensions. Parallèlement au nombre croissant de patients portant ce type d'ornements, il faut donc s'attendre à découvrir aussi, au cabinet dentaire, les éventuelles complications. Jusqu'ici, elles n'ont pas été décrites de manière systématique dans la littérature, limitée le plus souvent à des articles de présentation de cas isolés (Chen et Scully 1992, Er et coll., 2000).

Dans l'article présent, cinq cas de piercing sont décrits, trois à la langue et deux à la lèvre inférieure, illustrant, entre autres, des traumatismes aux tissus dentaires et parodontaux. La discussion traite des complications observées ou potentielles.

Présentation des cas

Patient n° 1 - Monsieur BB., 1974

Il s'agit d'un patient âgé de 26 ans lors de la première consultation. Il est Suisse, sans profession et sans emploi.

Monsieur B. s'est présenté en Polyclinique de la Section de Médecine Dentaire (SMD) suite à des douleurs d'origine dentaire et a décidé de se faire soigner comme patient régulier. L'anamnèse générale ne présentait pas de particularités, hormis la prise régulière d'un médicament anxiolytique. Son état dentaire et parodontal peut être brièvement décrit comme suit : toutes les dents sont cariées ou obturées excepté celles du bloc incisivo-canin inférieur ; aucune poche parodontale n'est décelable. Le patient présente une gingivite généralisée et, à l'exception de quelques séances de détartrage, n'a jamais subi de traitement parodontal.

C'est dans le cadre de la clinique de Parodontie que la question du piercing a été abordée. En effet, Monsieur B. porte une barrette en acier à la hauteur du pli labio-mentonnier. La partie mâle se compose d'une sphère d'un diamètre de 4 mm et d'une tige (diamètre : 2mm) qui traverse la lèvre inférieure. La partie femelle, sphérique elle aussi (diamètre : 4mm), se visse sur la partie mâle, à l'extérieur de la lèvre. La longueur totale de l'objet est de 1,5 cm. Bien que la sphère métallique endobuccale disparaisse à moitié dans l'épaisseur de la lèvre, elle reste très proéminente en regard des incisives centrales inférieures (fig. 1a). Or, ce sont précisément les dents 31 et, dans une moindre mesure, la 41, qui présentent des retraits gingivaux (fig. 1b, flèches). Il s'agit de récessions vestibulaires de type I (Miller, 1985) d'une hauteur



Fig. 1 - Vue de la région incisive inférieure chez le patient n° 1.
a. Lorsque la langue "au repos" est retroussée par le patient, le piercing est très proéminent. b. Les incisives centrales inférieures présentent des récessions gingivales (flèches) face à la sphère interne du piercing



de 3 mm sur la 31 et de 1 mm sur la 41. D'autres causes éventuelles de tels retraits, comme un traitement parodontal, orthodontique ou un brossage traumatisant peuvent être exclues. Par ailleurs, aucune pathologie extra orale n'a été observée, en particulier, aucune réaction à corps étranger ni d'adénopathie sous-mandibulaire. Une fois informé, le patient a avoué qu'il n'avait jamais remarqué la lésion gingivale. Il ne pensait pas que "cela pouvait être aussi grave", mais il allait réfléchir à notre proposition d'ôter le piercing de manière définitive.

Monsieur B. n'a pas été revu à ce jour. Il a décommandé ses rendez-vous pour des raisons médicales, sans plus de précisions.

Patient n° 2 - Monsieur BG., 1974

Ce patient était âgé de 25 ans à la date de la première consultation. Il est de nationalité suisse et travaille dans un centre de "fitness" comme moniteur de musculation. Sa santé générale est bonne et son état dentaire est sans particularités (une seule obturation).

Monsieur G, qui ne présente aucune poche parodontale, a consulté un spécialiste en parodontie en raison de retraits gingivaux sur ses incisives inférieures. Il possède un piercing de la langue

en acier aux dimensions imposantes : pour une longueur totale de 3,5 cm, deux sphères de 10 mm (fig. 2a et b) sont reliées par une barre d'un diamètre de 5 mm (fig. 2a). Cette dernière traverse la langue à la hauteur du frein qui exerce une pression vers la droite contre la boule inférieure (fig. 2b).

La vue linguale des incisives inférieures (fig. 2c) montre des retraits importants de la gencive sur les dents 31 (3 mm) et 41 (6 mm). Il s'agit de récessions de type I sur la dent 31 et de type II sur la 41 (Miller, 1985). Il est important de signaler qu'à cause du manque de gencive attachée, la sonde parodontale atteint le plancher buccal dans ces deux sites. Lorsque la langue est au repos, cette région supporte le poids du piercing, dont on devine l'empreinte entre les dents 32 et 42 (fig. 2c, flèches). Dans la portion apicale de la récession, la racine de la dent 41 est recouverte de tartre. Ce dépôt n'est probablement pas la cause, mais plutôt la conséquence de la récession, qui forme une niche d'accès limité au brossage. Il n'y a pas d'autres facteurs naturels ou iatrogènes qui pourraient expliquer ces lésions.

La proposition d'enlever le piercing a donc été

Fig. 2 - Piercing de la langue chez le patient n° 2.

a et b. Les deux boules et la tige qui les relie ont un grand diamètre.
b. La boule inférieure est directement en contact avec le frein lingual.
c. Elle provoque des récessions gingivales, avec une sorte d'empreinte entre les dents 32 et 42 (flèches)
d. Cinq mois après l'ablation de l'objet, les récessions persistent



Fig. 3 - Piercing de la langue chez le patient n° 3. a. Il s'agit d'un piercing relativement court, avec (b) une sphère inférieure proche du frein et recouverte de tartre. c. Aucune récession gingivale n'est visible, mais les bords des incisives présentent des défauts. d. Ce patient a pris l'habitude de mordiller son piercing, provoquant des encoches dans l'émail (flèches).

faite au patient. Ce dernier "allait y réfléchir". Par la suite, il a reporté plusieurs fois ses rendez-vous. Ce n'est qu'une année plus tard que le patient a été revu. Il ne portait plus son piercing depuis cinq mois. Les lésions, elles, étaient toujours présentes (fig. 2d).

Patient n° 3 - Monsieur SB., 1975

Monsieur B avait 25 ans lors de la première consultation. Il est Suisse et exerce la profession de couturier-styliste. Il est en bonne santé. Quelques obturations en amalgame sont présentes sur les molaires et prémolaires et son hygiène bucco-dentaire est satisfaisante. Trois ans auparavant, Monsieur B s'est fait poser un piercing à la langue "pour les sensations" et "parce qu'il en avait déjà ailleurs" (arcade sourcilière). L'objet, de deux centimètres de long, traverse sa langue, parfaitement centré sur la ligne médiane (fig. 3a). Il est placé le plus postérieurement possible, à l'insertion même du frein (fig. 3b). Aucune récession gingivale n'est à signaler dans la région des incisives inférieures qui semblent toutefois présenter des défauts de leur bord incisif (fig. 3c). Par contre, un manque de substance dentaire est clairement visible au bord incisif des centrales supérieures (fig. 3d, flèches). Ces lésions ne sont pas sensibles et ne semblent intéresser que l'émail. Souvent, le patient

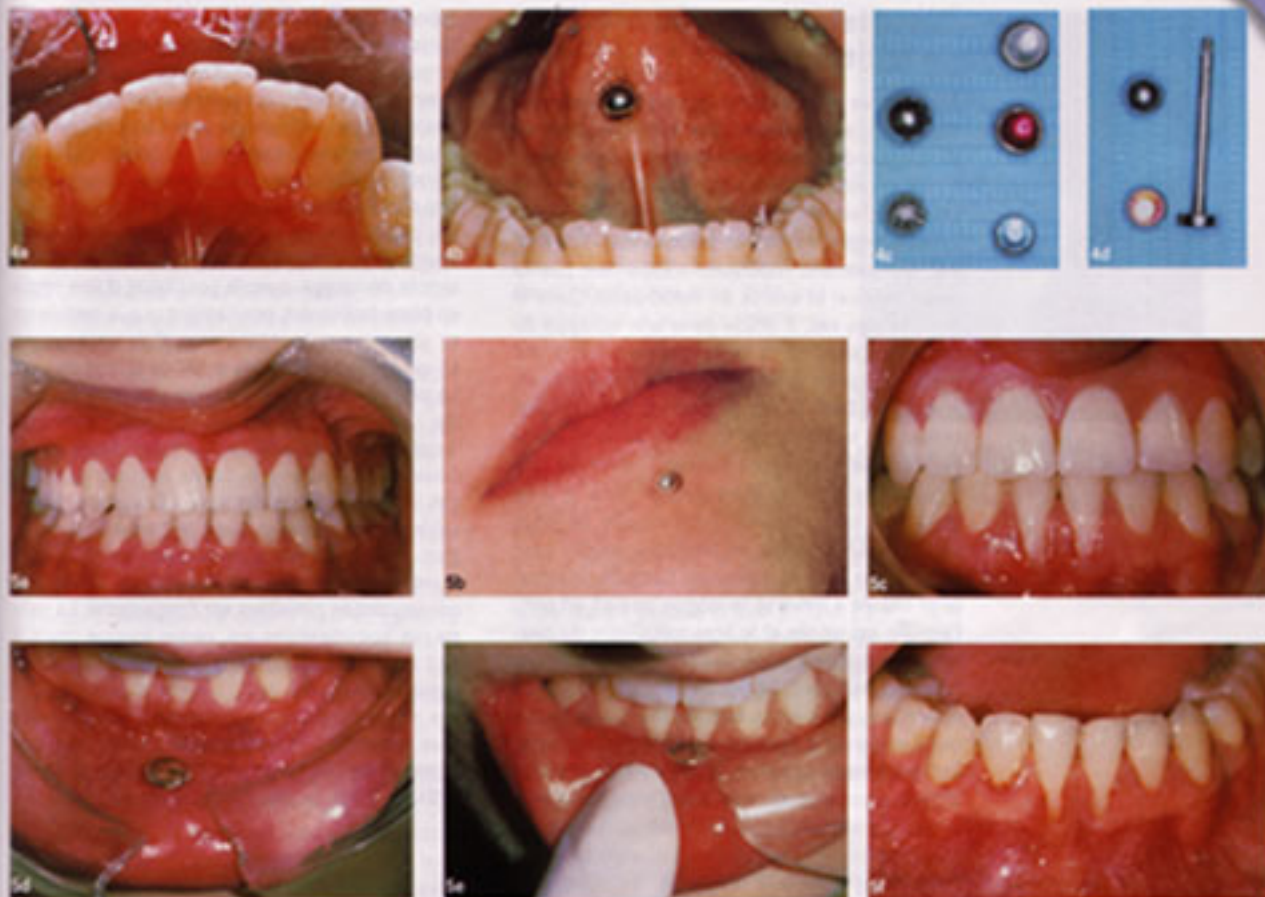
"joue" avec son piercing en le faisant rouler entre ses incisives supérieures et inférieures. Il le suçote parfois en le serrant entre ces dents, le long des encoches de l'émail, dont la forme épouse parfaitement celle de la barrette (fig. 3d).

Monsieur B est conscient des dégâts causés aux dents par cette habitude. Il juge cependant que les conséquences ne sont "pas trop graves" et ne veut pas ôter le piercing, pas plus que faire restaurer les défauts de l'émail.

Patient n° 4 - Madame SH., 1979

Madame H a été examinée à la Section de Médecine Dentaire dans le cadre d'une étude clinique. Elle satisfaisait aux critères de recrutement, à savoir : être en bonne santé générale, présenter une gingivite mais pas de poches parodontales. La patiente, étudiante, avait 22 ans lors de la première consultation. Hormis la prise d'un contraceptif oral, son anamnèse générale était sans particularités. Elle n'a pas de caries et présente quelques obturations. Son hygiène dentaire est mauvaise, avec une abondante accumulation de tartre dans la région rétro-incisive mandibulaire (fig. 4a). Son piercing est en acier chirurgical, avec plusieurs sphères interchangeables d'un diamètre de 5.5 ± 0.5 mm (fig. 4b et c). La pose de cet ornement a été très douloureuse et la patiente se souvient qu'elle a "beaucoup pleuré".

Une récession gingivale est présente sur la face linguale de la dent 41 (fig. 4a). Cette lésion aurait, selon la patiente, tendance à régresser suite aux différents changements de piercings. Le premier, assez long, ayant provoqué une récession gingivale en l'espace d'un mois, le perceur a accepté de changer la partie mâle, tout en affirmant que "beaucoup de gens ont des dents qui se déchaussent". Une nouvelle pièce comportait à son extrémité une forme aplatie en lieu et place d'une sphère (fig. 4d). Les angles vifs de ce deuxième piercing n'ont cependant pas amélioré la situation, la gencive étant, selon la patiente, constamment irritée. La troisième variante, plus courte, semble donner satisfaction, et Madame H affirme que, depuis lors, sa gencive "remonte", constatation qui n'a pu être confirmée par le praticien.



Patient n°5 - Madame PH., 1979

Madame H est en bonne santé. Excepté une rhinite allergique, son anamnèse générale est sans particularités. Elle montre une bonne hygiène bucco-dentaire et ne présente pas de caries (deux dents sont obturées).

Suite à un traitement orthodontique, une documentation photographique a pu être constituée. Chez cette patiente, des retraits gingivaux progressifs ont été remarqués en rapport avec le port du piercing. La figure 5a montre la situation de départ, c'est-à-dire juste après le débague, à l'âge de 17 ans, avec un contour gingival harmonieux.

A 18 ans, la patiente s'est fait percer la lèvre inférieure à la hauteur du pli labio-mentonnier (fig. 5b). Le piercing, posé par un bijoutier, est composé à 92,5% de titane. Quatre mois plus tard, des récessions gingivales ont été relevées sur les incisives centrales inférieures (fig. 5c), en rapport direct avec la pièce métallique endobuccale, de forme aplatie (fig. 5d et e). Sur conseil de son orthodontiste, Madame H a consulté un parodontologiste, qui aurait voulu procéder à une greffe de gencive, à condition que le piercing soit éliminé. Cette proposition n'a pas été acceptée par la patiente et, une année plus tard, les lésions gingivales ont encore progressé (fig. 5f).

Fig. 4 - Piercing de la langue chez le patient n° 4. a. La dent 41, en vue linguale, montre une récession gingivale. b. La sphère inférieure du piercing est située relativement antérieurement. c. Les différentes pièces du "bijou" sont interchangeables, alors que (d.) la deuxième partie mâle, aux angles vifs, n'est plus utilisée.

Fig. 5 - Patient n° 5. a. Après le débague, le contour gingival des incisives est harmonieux. b. Quelques mois plus tard, un piercing de la lèvre inférieure a été posé. c. Après quatre mois, les récessions gingivales sont déjà importantes. d. La pièce métallique endobuccale, en forme de disque aplati, est en rapport direct e. avec les incisives inférieures. f. Une année après la pose du piercing, les lésions ont encore progressé.

Discussion et revue de la littérature

Bien que les patients porteurs de piercing dans la région buccale ne soient pas le lot quotidien du chirurgien-dentiste, ces cas sont de moins en moins exceptionnels.

La procédure du piercing, pour être effectuée dans les règles de l'art, se pratique sans anesthésie. Typiquement, l'opérateur n'appartient pas au corps médical et exerce en autodidacte. Dans le meilleur des cas, il officie dans une échoppe de tatouage/piercing, et se conforme à quelques règles d'hygiène (gants, matériel à usage unique, autoclave). Dans le cas du perçage de la langue, celle-ci est marquée par un point au stylo sur la ligne médiane, en avant du frein. Tenue par une pince, la langue est alors percée dans le sens ventro-dorsal au moyen d'une aiguille de large diamètre. Une canule en plastique souple peut ensuite être insérée autour de l'aiguille. Lorsque cette canule a traversé la langue de part en part, l'aiguille est retirée et le bras métallique du piercing introduit à sa place. La canule est finalement retirée à son tour. La partie femelle, de forme sphérique, peut alors être vissée sur la partie mâle et serrée à la main ou avec deux pinces. Entre les deux sphères, le bras de ce premier piercing provisoire doit avoir une longueur

approximative de deux centimètres, faute de quoi l'objet risque d'être intégré dans l'épaisseur de la langue. Sur une période d'environ une semaine, la langue va gonfler considérablement et, en l'absence de complications, la guérison prendra trois à cinq semaines (Boardman et Smith 1997). Le "bijou" définitif, plus court (environ 15 mm) peut être porté quelques semaines plus tard.

Les objets insérés sont, par essence, mobiles et devraient pouvoir être déposés en tout temps par simple dévissage, avec la possibilité d'être remis en place facilement, pour autant que le pertuis ne se referme pas spontanément. Cela peut arriver en quelques heures dans le cas de la langue.

La procédure du piercing n'est pas un acte anodin : des complications peuvent apparaître, soit dans l'immédiat, soit tardivement, leurs effets pouvant se limiter à la cavité buccale ou avoir des répercussions systémiques. Ces effets indésirables sont énumérés dans le tableau I présentant, dans sa colonne de gauche, les complications locales et, dans sa colonne de droite, les conséquences possibles sur l'organisme. La liste de ces complications est, certes longue, mais il faut rappeler que la plupart d'entre elles n'ont été signalées que dans des cas isolés de piercing.

Les effets indésirables immédiats et locaux les plus fréquents à la langue sont la douleur et l'œdème (Farah et Harmon 1998 ; Scully et Chen, 1994) (colonne de gauche du tableau I).

Piercing de la cavité buccale Complications et effets indésirables potentiels

Complications décrites dans la littérature ou dans l'article présent, en rapport avec la pratique du piercing dans la région buccale et péri-buccale. La colonne de gauche présente les complications observées localement (effets locaux), celle de droite les conséquences possibles sur l'organisme (effets généraux). Dans les deux cas, l'énumération suit le même ordre que dans le texte.

Effets locaux

Douleurs
Œdème
Hémorragies
Infections
Traumatismes gingivaux ou muqueux
Dents naturelles/prothétiques fissurées ou fracturées
Élocution perturbée
Mastication perturbée
Migrations dentaires
Hypersalivation
Courants galvaniques
Dépôts de tartre sur l'objet
Formation de cicatrices, brides, hyperplasies
Paresthésie/lésion nerveuse
Incorporation de l'objet dans les tissus
Obstruction d'images radiographiques

Effets généraux

Obstruction des voies aéro-digestives supérieures
Transmission d'agents infectieux
Angine de Ludwig
Allergie/hypersensibilité
Réaction à corps étranger
Bronco-aspiration/déglutition
Septicémie
Syndrome du choc toxique

En l'absence de toute anesthésie, la douleur est évidemment inévitable et parfois très intense, comme nous l'avons décrit chez le patient n° 4. Elle est aussi fonction de l'expérience et de l'habileté du perceur. Quant à l'œdème, il va se développer rapidement à la langue, à cause de l'abondante vascularisation. Cela va compromettre l'alimentation normale, du moins pendant les premiers jours. Dans de rares cas, l'œdème peut causer l'obstruction des voies aériennes et digestives (colonne de droite du tableau I), allant jusqu'à mettre en jeu le pronostic vital du patient et rendant nécessaire une intubation (Hardee et coll., 2000). Pour limiter l'œdème, les perceurs recommandent à leurs clients de sucer des glaçons pendant le premier jour. Certains préconisent aussi la prise de médicaments anti-inflammatoires (Farah et Harmon, 1998).

L'importante vascularisation de la langue implique le risque de saignements excessifs. Hardee et coll. (2000) ont rapporté le cas d'une hémorragie massive chez une jeune patiente, qui a perdu connaissance quatre heures après la pose d'un piercing lingual. Le site, légèrement excentré par rapport à la ligne médiane, avait saigné continuellement pendant ce laps de temps, nécessitant une hémostase et une perfusion en milieu hospitalier.

Étant donné l'abondance de micro-organismes dans la cavité buccale, il n'est pas surprenant que des sites percés puissent présenter une infection (Chen et Scully, 1992). La fréquence d'une telle complication n'est cependant pas connue avec précision. De Moor et coll. (2000) ont décrit, dans un collectif de 15 patients, un seul cas d'infection, alors que Boardman et Smith (1997), pour 51 sujets interrogés, en ont recensé deux. Ramage et coll. (1997) ont signalé un cas d'endocardite infectieuse suite à la pose d'un piercing nasal. Les patients ne sont pas conscients de ce risque, comme l'ont démontré deux publications récentes, l'une concernant une jeune femme souffrant de prolapsus mitral (Ram et Peretz, 2000), et la seconde à propos d'une patiente ayant une communication inter-ventriculaire (Er et coll., 2000). Dans les deux cas, ni le médecin, ni le chirurgien-dentiste n'avaient été consultés et aucune couverture antibiotique prévue avant la procédure du piercing.

Les effets locaux le plus souvent observés chez nos cinq patients sont les traumatismes gingi-

vau, les fissures ou fractures dentaires et, plus rarement, une élocution perturbée ainsi que le dépôt de tartre sur le corps du piercing.

Ce n'est que récemment que deux publications ont décrit des traumatismes causés aux gencives par des piercings (Bethke et Raichart, 1999 ; Boardman et Smith, 1997). Chez nos patients, des récessions étaient évidentes, aussi bien lors de piercings à la lèvre inférieure (patients n° 1 et 5), qu'en présence de tels ornements sur la langue (patients n° 2 et 4). Dans le cas de la lèvre, ces lésions étaient causées par des objets proéminents de forme, soit sphérique (patient n° 1), soit aplatie (n° 5). Les images du cas n° 5 sont particulièrement intéressantes, car elles montrent, à notre connaissance pour la première fois, la progression d'une récession gingivale en présence d'un piercing de la lèvre dans l'espace d'une année. La figure 6 montre, sur une téléradiographie, le rapport anatomique entre un tel piercing et les incisives inférieures. Le piercing de la langue quant à lui, crée, logiquement, des récessions gingivales à la face linguale des incisives inférieures, en général les centrales. Ces lésions linguales semblent jusqu'ici avoir été peu décrites dans la littérature (Boardman et Smith, 1997). Elles semblent être d'autant plus importantes que le piercing est long (patient n° 4), massif (patient n° 2), ou placé trop antérieurement. Les traumatismes des tissus dentaires durs, fissures ou fractures, en présence de piercings ont été évoqués depuis plusieurs années (Scully et Chen, 1994). Une restauration n'est pas toujours indiquée si les lésions se limitent à l'émail, d'autant plus qu'elle peut être vouée à l'échec si le piercing continue à être porté (De Moor et coll., 2000 ; Ram et Peretz, 2000). Le patient n° 3 présente des lésions non symptomatiques de l'émail causées par les mordillements sur le métal. Lorsque les dents sont sensibles, en cas de dentine exposée ou de fissure profonde, des restaurations adhésives peuvent être indiquées. Cobb et coll. (1998), par exemple, ont décrit une technique de restauration adhésive par inlays composites pour ce dernier cas de figure. Si la fissure est trop importante, on peut en arriver à l'extraction de la dent : De Moor et coll. (2000) ont présenté trois cas de délabre-



Fig. 6 - Téléradiographie montrant le rapport étroit entre les incisives inférieures et un piercing de la lèvre

ments dentaires dus à des piercings linguaux. Deux de ces cas se sont soldés par la perte de la dent endommagée. Les mêmes auteurs ont rapporté que les éléments prothétiques, en céramique particulièrement, ne sont pas non plus à l'abri de fractures (De Moor et coll., 2000).

Le patient n° 4 a avoué avoir eu des problèmes d'élocution pendant une semaine après la pose de son piercing lingual. Maintenant, c'est plutôt lorsque l'objet n'est plus en place que son élocution semble perturbée. Farah et Harmon (1998) ont décrit le même type de problème sur une période d'une semaine, ce qui correspondrait au temps d'adaptation et de rééducation de la langue. Ces mêmes auteurs ont signalé, chez le même patient, des interférences lors de la mastication. Le piercing peut aussi être la cause de migrations dentaires si le patient prend l'habitude de pousser l'objet entre ses dents. Dans les deux cas décrits par Bethke et Reichart (1999), des diastèmes sont apparus sur une période de trois à quatre ans, au point de permettre à ces patients de faire passer toute la barrette entre les incisives.

Comme l'indique le tableau, un flux salivaire augmenté et la présence de courants galvaniques ont été constatés occasionnellement chez des porteurs de piercing (Boardman et Smith, 1997 ; De Moor et coll., 2000). Du tartre peut se déposer sur le métal (Farah et Harmon, 1998) : le patient n° 3 présente en effet de tels dépôts sur la boucle inférieure de son piercing lingual (fig. 3b). Le patient n° 4 a également signalé qu'il est obligé de démonter son "bijou" régulièrement pour le débarrasser des dépôts calcifiés. Finalement, d'autres effets locaux indésirables ont été plus rarement mentionnés, comme la formation de cicatrices, brides ou hyperplasies, lésions nerveuses mineures ou paresthésies, incorporation du piercing dans les tissus et, comme on pouvait s'y attendre, obstruction d'images radiographiques.

Quant aux effets généraux, ils apparaissent dans la deuxième colonne du tableau I.

L'obstruction des voies aériennes et digestives a été mentionnée plus haut en tant que conséquence de l'œdème. La transmission d'agents infectieux est à prendre en considération lorsque le matériel utilisé pour les piercings est souillé. C'est en tout cas l'avis de l'Institut National de la Santé des Etats-Unis au sujet des différents types

de virus de l'hépatite, du VIH, des virus herpétiques ou Epstein-Barr, même si de telles contaminations n'ont jamais été observées (Farah et Harmon, 1998). Dyce et coll. (2000) ont décrit le cas d'une patiente atteinte de tétanos après piercing de la langue, avec des séquelles persistant six mois après le traitement. L'angine de Ludwig est une autre complication infectieuse majeure d'un piercing de la langue. Elle n'a été décrite qu'une fois (Perkins et coll., 1997). Dans ce cas particulier, l'antibiothérapie initiale, par voie intraveineuse, était restée sans effet. Seulement l'ablation du piercing, l'intubation du patient et la pose de trois drains extra-oraux ont pu guérir le plancher buccal. L'allergie ou hypersensibilité à un composé du piercing doit aussi être prise en considération, surtout lorsque des métaux sont utilisés. Cependant, de telles réactions n'ont pour le moment jamais été décrites, même lors d'examen de séries de patients (De Moor et coll., 2000). Ng et coll. (1997) ont décrit des réactions à corps étranger de type sarcoïdose chez deux sujets ayant participé à des rituels religieux. Des broches avaient été placées dans leurs joues et ont causé des lésions sous forme de nodules. De telles lésions ont dû être traitées localement et systémiquement à l'aide de corticoïdes. Enfin, Perkins et coll. (1997) ont attiré l'attention sur la possibilité d'inhaler ou de déglutir l'objet du piercing ou l'une de ses pièces, alors que De Moor et coll. (2000) ont rapporté le cas d'un de leurs patients qui a effectivement avalé une partie de l'objet. Il faut rappeler à ce propos que les composantes d'un piercing sont presque toujours visées à la main et que le patient devrait en contrôler le serrage aussi souvent que nécessaire. D'autres effets indésirables généraux ont été mentionnés, comme la septicémie ou le syndrome du choc toxique (Scully et Chen, 1994).

Conclusion

Nous pouvons affirmer que l'insertion et la présence d'ornements comme le piercing dans la cavité buccale peuvent favoriser, en plus des problèmes d'hygiène, l'apparition potentielle de séquelles. Leur fréquence est difficile à évaluer, car la plupart des publications ne concernent que des cas isolés. Le plus souvent, les procédures de piercing restent probablement sans conséquences, mais si des effets indésirables apparaissent, ils peuvent se révéler très graves. De plus,

le piercing se pratique dans des conditions d'hygiène mal contrôlées, sans suivi postopératoire. Pour ces raisons, une telle pratique est difficile à admettre sur le plan médical. Les chirurgiens-dentistes sont au premier plan pour dépister les complications et en informer les patients ou leurs parents. Tout porte à croire que le nombre de patients avec piercing dans la cavité buccale, qu'ils portent ou non leur "bijou" lors du rendez-

vous, va augmenter dans nos cabinets ces prochaines années.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements aux Docteurs N. Roehrich, D. Plagnat et MA. Sigrist, grâce à qui la documentation des patients 2, 4 et 5, respectivement, a pu être réalisée.

BIBLIOGRAPHIE

- Bethke G et Reichart PA. - Risiken des oralen Piercing. *Mund Kiefer Gesichtschir* 3 : 98-101, 1999.
- Boardman R et Smith RA. - Dental implications of oral piercing. *J Calif Dent Assoc* 25 : 200-207, 1997.
- Chen M et Scully C. - Tongue piercing : a new fad in body art. *Br Dent J* 172 : 87, 1992.
- Cobb DS, Denehy GE et Vargas MA. - Adhesive composite inlays for the restoration of cracked posterior teeth associated with a tongue bar. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 10 : 453-460 ; quiz 461, 1998.
- De Moor RJ, De Witte AM et De Bruyne MA. - Tongue piercing and associated oral and dental complications. *Endod Dent Traumatol* 16 : 232-237, 2000.
- Dyce O, Bruno JR, Hong D, Silverstein K, Brown MJ et Mirza N. - Tongue piercing. The new "rusty nail" ? *Head Neck* 22 : 728-732, 2000.
- Er N, Ozkavaf A, Berberoglu A et Yamalik N. - An unusual cause of gingival recession : oral piercing. *J Periodontol* 71 : 1767-1769, 2000.
- Farah CS, Harmon DM. - Tongue piercing : case report and review of current practice. *Aust Dent J* 43 : 387-389, 1998.
- Hardee PS, Mallya LR et Hutchison IL. - Tongue piercing resulting in hypotensive collapse. *Br Dent J* 188 : 657-658, 2000.
- Miller PD, Jr - A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 5 : 8-13, 1985.
- Ng KH, Siar CH et Ganesapillai T. - Sarcoid-like foreign body reaction in body piercing : a report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 84 : 28-31, 1997.
- Perkins CS, Meisner J, Harrison JM. - A complication of tongue piercing. *Br Dent J* 182 : 147-148, 1997.
- Ram D, Peretz B. - Tongue piercing and insertion of metal studs: three cases of dental and oral consequences. *ASDC J Dent Child* 67 : 326-329, 302, 2000.
- Ramage IJ, Wilson N, Thomson RB. - Fashion victim : infective endocarditis after nasal piercing. *Arch Dis Child* 77 : 187, 1997.
- Scully C, Chen M. - Tongue piercing (oral body art). *Br J Oral Maxillofac Surg* 32 : 37-38, 1994.

Reproduit avec l'aimable autorisation des auteurs et de la Revue Mensuelle Suisse d'Odonto-Stomatologie, vol. 112 : 5, 2002.