

Le noma dévore le visage des enfants

Le noma est une maladie oubliée, qui dévore le visage de milliers d'enfants. Nous l'ignorons presque tous aujourd'hui: jusqu'au début du XX^e siècle, ce fléau lié à la misère a également défiguré de nombreux enfants européens. Afin d'éliminer définitivement cette plaie, de nombreuses associations d'entraide se sont réunies au sein d'une organisation faitière, «No-Noma».

Yves Schumacher

Le noma est une stomatite gangréneuse à point de départ parodontal qui entraîne des nécroses étendues du visage et présente un taux de mortalité et de morbidité élevé. Cette affection mutilante se déclare souvent à la suite de maladies infectieuses. Au début, la région des joues est enflée et la muqueuse buccale présente des signes d'inflammation. Puis, à partir de la cavité buccale, des zones enflammées s'étendent de manière concentrique et empiètent progressivement sur les lèvres, les joues, la mâchoire et les gencives, jusqu'à l'os maxillaire, atteignant souvent le nez et les paupières. Après la démarcation des nécroses, des sécrétions purulentes restent souvent visibles au niveau des pertes de substance tissulaires. Dans la grande majorité des cas, l'immunodéficience qui accompagne le noma entraîne le décès par pneumonie d'évolution mortelle, encéphalite ou septicémie. La prévalence exacte et l'étiologie du noma ne sont pas connues. Aujourd'hui, cette maladie est endémique dans de nombreux pays d'Afrique, d'Amérique du Sud et d'Asie. La prévalence du noma est particulièrement élevée dans les régions les plus pauvres de l'Afrique subsaharienne. Il est clairement établi qu'il s'agit d'une maladie liée à la pauvreté et consécutive à la malnutrition, à la faiblesse des défenses immunitaires, à une mauvaise hygiène buccale et/ou à des blessures ou des lésions de la muqueuse buccale. Selon des évaluations prudentes, 770 000 personnes au moins sont actuellement atteintes par cette maladie dans le monde ou en présentent des séquelles.

Pathogenèse du noma

Il est bien établi que les facteurs essentiels en cause dans la pathogenèse du noma sont la malnutrition (quantitative et/ou qualitative), la malaria (paludisme), la rougeole, ainsi qu'une mauvaise hygiène buccale. En Afrique, on retrouve toujours au moins un de ces facteurs chez les enfants atteints de noma. Ainsi au XIX^e siècle, dans une série de 99 cas de noma, la rougeole a été mise en évidence chez 33 enfants.² La relation avec une mauvaise hygiène buccale est également évidente. Des recherches sur

l'étiologie de la gingivite nécrosante aiguë (point de départ le plus fréquent du noma) dans des régions où les enfants n'utilisent pas de brosse à dents ont mis en évidence cet aspect important. Un cinquième seulement des enfants du Nigeria utilisent une brosse à dents.³ Chez des enfants nigériens de moins de 12 ans dont l'hygiène buccale avait été considérée comme particulièrement mauvaise, 70% étaient atteints de gingivite nécrosante aiguë. Par contre, cette affection n'était présente que chez 2,4% des enfants dont l'hygiène buccale était bonne.⁴

Des journalistes découvrent concrètement le noma au Nigeria

Une petite fille nous tend les mains. Son œil gauche est énucléé et l'orbite béante est une plaie noirâtre. Un petit garçon présente des destructions si étendues des tissus mous du visage qu'elles laissent apparaître l'os maxillaire dénudé et lésé.

Nous sommes bouleversés. Aucun des journalistes présents n'est capable de prendre des photos de ces enfants défigurés. Les thèses du philosophe Emmanuel Levinas (1906–1995) viennent à l'esprit d'une des personnes présentes. L'exigence exprimée par Levinas – laisser agir sur nous les blessures de chacun de ces visages – devient une expérience douloureuse. Dans l'hôpital que nous visitons, nous entendons alors ce cri muet: «Aide-nous!» ou «Ne me



Lésion intrabuccale lors de noma en phase aiguë. À côté de la gencive nécrosée, l'os sous-jacent est en partie complètement dénudé.
Photo: GESNOMA



Exemple de gingivite nécrosante aiguë. La destruction des papilles gingivales et l'hémorragie gingivale spontanée apparaissent clairement.
Photo: GESNOMA

laisse pas seul!». Tant que ces enfants sont soignés dans cet hôpital fondé par le Dr Hartwig

Yves Schumacher

est conseiller en communication et cofondateur de l'organisation Noma-Hilfe-Schweiz (www.noma-hilfe.ch), dont le siège est à Küsnacht ZH. Les données scientifiques rapportées dans cet article lui ont été communiquées pour la plupart par le Dr Denise Baratti-Mayer, Division de chirurgie réparatrice, Département de chirurgie, Hôpitaux universitaires de Genève.

Voir aussi: Baratti-Mayer D., Pittet B., Montandon D., Bolivar I., Bornand J.E., Hugonnet S. et al (2003), Noma: an «infectious» disease of unknown aetiology. *Lancet Infect Dis.* Vol 3, Issue 7: 419–431

Nombre annuel de nouveaux cas de noma dans le monde ¹

	Age moyen	Incidence	Mortalité
OMS 2004	2–16 ans	12 pour 1000	70–90%
OMS 2003	3–5 ans	Pas de données	90%
OMS 1998	Jusqu'à 6 ans	7–14 pour 100	70–90%
OMS 1994	Jusqu'à 6 ans	2 pour 10 000	70–90%

Les données relatives à l'étymologie du terme «noma», appelé aussi chancre buccal (*Cancrum oris*), sont contradictoires. On admet généralement la relation avec le verbe grec *numein* (dévorer), ou encore avec le terme grec *nome* (pâturages). Les surfaces herbeuses dévorées par les moutons étant sentées illustrer la force destructrice de la maladie. Le noma est également appelé stomatite gangréneuse.

Sauter, un médecin allemand, ils ne sont au moins pas laissés seuls. En 1996, la fondation allemande *AWD Kinderhilfe* a envoyé une première équipe de médecins au Nigeria. Depuis lors, le successeur du Dr Hartwig Sauter, le Dr Ralf Sautter, et un pédiatre nigérien, le Dr Abubakar Hassan, accueillent chaque année quatre équipes de médecins. Ils réalisent 200 à 300 opérations chirurgicales par année. Dans cet hôpital voué au traitement du noma, d'autres enfants atteints de brûlures graves, de tumeurs ou de fentes labio-maxillo-palatines sont également soignés gratuitement.

Les enfants défigurés par le noma nécessitent généralement plusieurs interventions chirurgicales, car les lésions sont souvent extrêmement complexes.

«Noma, la punition divine»

«De nombreuses familles éprouvent de la honte, elles pensent que cette maladie est une punition de Dieu, et cachent les malades», a expliqué un commerçant suisse romand, Philippe Chollet, qui voyage depuis plus de vingt ans dans les villages les plus reculés d'Afrique. Il estime qu'en réalité, le nombre des enfants atteints de noma est effrayant et beaucoup plus élevé qu'on ne le pense. Il serait possible d'épargner beaucoup de souffrances à ces enfants si le noma pouvait être diagnostiqué et soigné au stade précoce.

On se demande toujours si les interventions complexes de chirurgie plastique, esthétique et reconstructive ne devraient pas être réalisées de préférence en Europe. Les avis sont partagés. Dans l'Hôpital consacré au noma, les parents et

les proches des enfants peuvent aller et venir très librement. La sympathie qui entoure ces enfants est un facteur décisif dans le processus de guérison. Il est très difficile de réaliser quelles seraient les angoisses de ces enfants s'ils se trouvaient soudain en Europe. Pour les habitants des villages nigériens, la ville de Sokoto est déjà un monde étranger. Mais d'autre part, nombre des interventions réalisées sont d'une telle complexité qu'elles exigent des infrastructures de haut niveau, et ne seraient guère réalisables dans les hôpitaux de la région.

L'activité de la fondation AWD consacrée au noma est un rayon de soleil dans le Nigeria, un pays en piteux état sur le plan sanitaire. Son travail est efficace. Et les changements qui en découlent apportent une embellie dans le visage de la misère.

Un travail de pionnier

L'Association d'Entraide des Mutilés du Visage (AEMV), dont le siège est à Genève, fournit également un travail de pionnier dans le domaine des opérations de patients atteints de noma. En 1979, différents spécialistes en chirurgie reconstructive se sont réunis au sein de cette association dirigée par le Professeur Denys Montandon; depuis lors, ils opèrent régulièrement des enfants atteints de noma.

Bien que les lésions provoquées par le noma soient très diverses, les différentes stratégies thérapeutiques utilisées incluent en tous les cas la suppression des contractures buccales par l'ablation ou la lyse du tissu cicatriciel. Lorsqu'une syntonose maxillo-mandibulaire est présente, il est

généralement nécessaire, pour s'opposer à la constriction permanente des mâchoires, de résecter la zone de jonction osseuse ainsi que l'apophyse coronéide mandibulaire hypertrophiée, qui s'oppose à l'ouverture de la bouche. S'il est nécessaire de pratiquer d'autres résections osseuses, il est avantageux d'utiliser la technique du lambeau osseux vascularisé. L'AEMV à Genève a obtenu de bons résultats en collaboration avec l'organisation Sentinelles.

Organisation GESNOMA: travail de base et dans le terrain

L'organisation GESNOMA (Geneva Study Group on Noma) joue un rôle moteur dans la recherche sur le noma. L'objectif de cette organisation est d'améliorer les connaissances relatives aux causes et aux mécanismes impliqués dans la pathogenèse de cette maladie. Cette organisation financée par la fondation Gertrud Hirzel a mis sur pied un centre de recherche à Zinder, au Niger, en collaboration avec l'œuvre d'entraide «Sentinelles» fondée par Edmond Kaiser (1914–2000).

Selon le Dr Denise Baratti-Mayer, médecin et médecin-dentiste, Hôpitaux universitaires de Genève, de nouvelles techniques d'investigation microbiologiques ont permis de mieux identifier et caractériser la flore présente dans les lésions du noma. Les espèces suivantes ont été mises en évidence: *Prevotella melaninogenica*, *Corynebacterium pyogenes*, *Fusobacterium nucleatum*, *Bacteroides fragilis*, *Bacillus cereus*, *Prevotella intermedia* et *Fusobacterium necrophorum*. Selon certains chercheurs, ces deux derniers germes joueraient un rôle déterminant dans la pathogenèse du noma.⁵

A ces connaissances acquises dans le domaine de la bactériologie s'ajoute une théorie virale non moins intéressante. Selon cette théorie, les



Fille de 8 ans, atteinte de noma à l'âge de 5 ans. Elle présente des séquelles de noma avec constriction mandibulaire. Elle a bénéficié d'ouverture buccale avec coronéidectomie. Reconstruction de la joue gauche par lambeau libre du grand dorsal et reconstruction des lèvres et de la commissure labiale par lambeau local.
(Photos: Prof. Brigitte Pittet, Hôpital Universitaire, Genève)

infections herpétiques provoqueraient un affaiblissement de l'immunité locale, ce qui favoriserait le développement de cette flore microbienne pathogène particulière. Cette hypothèse a été émise initialement en relation avec l'étiologie de la gingivite nécrosante aiguë, puis, par extension, avec la pathogenèse du noma. Les virus incriminés seraient surtout le cytomégalovirus et le virus d'Epstein-Barr (de la famille des virus herpétiques), qui sont les plus fréquemment associés aux maladies parodontales. Les études réalisées à ce jour indiquent une étiologie multifactorielle: d'une part une prédisposition résultant des facteurs de risque susmentionnés (malnutrition et carences vitaminiques, notamment), et d'autre part, une primo-infection par le cytomégalovirus ou par un autre virus herpétique associée à des lésions de la barrière muqueuse buccale et à une gingivite nécrosante aiguë. On suspecte en outre la présence d'un facteur bactériologique encore inconnu qui déclencherait la gangrène caractérisant le noma.

Il est de fait que le noma n'est pas une maladie transmissible. Et pourtant, cette maladie est considérée comme contagieuse dans de nombreuses régions africaines, ce qui conduit à l'isolement lourd de conséquence des enfants atteints. Au début du XIX^e siècle, des zones de prévalence du noma à caractère épidémique avaient bien été décrites en Europe, mais il semble que cette prévalence augmentée ait été la conséquence de conditions de vie misérables de la population, soumise ainsi à des facteurs de risque identiques, plutôt qu'à une véritable contagiosité de cette affection, qui épargne notamment les familles aisées.

La transmission de la gingivite nécrosante en expérimentation animale n'a été possible que lorsque l'injection de plaque dentaire issue des lésions gingivales était accompagnée d'injections

1^{re} Journée Mondiale du Noma, le 22 mai 2008, sous le patronage de Kofi A. Annan et la présidence de Bertrand Piccard

A l'initiative internationale de la «No-Noma Federation», la première journée mondiale du noma est organisée le 22 mai 2008 en collaboration avec l'OMS, l'OMS/AFRO et avec le soutien de la FDI (World Dental Federation). Cette manifestation présidée par le D^r Bertrand Piccard se déroulera au Centre international de conférences de Genève (CIGG).

Conférences scientifiques

Des intervenants de renom, comprenant des scientifiques de réputation mondiale, des chirurgiens expérimentés et des représentants de l'OMS discuteront les aspects suivants liés à cette maladie:

- Epidémiologie du noma et facteurs de risque
- Traitement médical et chirurgical
- Recherche et nouvelles hypothèses

Lors de cette rencontre d'experts réunis sous la direction du Professeur Denys Montandon – spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive –, un bilan sera tiré sur l'état actuel des connaissances et sur les causes et l'extension du Noma. En outre, des médecins européens et africains discuteront des stratégies de traitement de cette pathologie complexe.

La Journée Mondiale du Noma offre l'occasion de mieux définir le travail humanitaire au niveau national, et d'identifier les éléments permettant d'élaborer un plan d'action commun entre les associations d'entraide et les programmes nationaux.

Pour plus d'informations: www.nonoma.org

de corticostéroïdes. Il existe par ailleurs suffisamment d'indices qui s'opposent à l'existence d'un risque de transmission de cette maladie. Ainsi, l'étude de familles dans lesquelles un enfant avait été atteint de noma n'a pas permis de trouver une seule famille avec plus d'un enfant atteint par cette maladie. De même, l'organisation Sentinelles a investigué le cas de deux jumeaux atteints de noma; il s'est avéré que ces enfants avaient été atteints à une année d'intervalle, ce qui exclut le risque d'une contagion directe.⁶ Ces cas confirment que la contagion peut être exclue, mais que cette maladie survient en présence de facteurs de risque intrafamiliaux similaires.

Possibilités thérapeutiques: les interventions chirurgicales après la phase aiguë

Trois conditions doivent être remplies pour une intervention efficace en phase aiguë. Tout d'abord

l'amélioration de l'état de santé général par la réhydratation, deuxièmement l'optimisation de l'alimentation avec apport vitaminiq (y compris la vitamine A), et troisièmement l'antibiothérapie. Il est recommandé d'utiliser un antibiotique à large spectre, efficace aussi bien sur la flore aérobie qu'anaérobie du parodonte et de l'oropharynx, tant que l'on ne dispose pas de données définitives sur les micro-organismes pathogènes en cause. Il faut renoncer aux interventions intra-orales afin de ne pas risquer d'aggraver encore les lésions. Les extractions dentaires ne doivent être réalisées que sur des dents irrémédiablement perdues. De même, les interventions reconstructives ne devraient pas être envisagées avant que les lésions ne soient clairement démarquées et entièrement cicatrisées. Ces lésions se caractérisent alors par une fibrose cicatricielle. Afin de prévenir la constriction buc-



Jeune garçon de 11 ans présentant d'importantes séquelles de noma. Résultat après reconstruction du complexe maxillo-malaire droit par lambeau de calvarium vascularisé, reconstruction des tissus mous par lambeau du grand dorsal et reconstruction de la commissure labiale par lambeaux locaux. A noter que la reconstruction osseuse du maxillaire permet de restituer la hauteur du tiers moyen de la face. (Photos: Prof. Brigitte Pittet, Hôpital Universitaire, Genève)



Bertrand Piccard avec des enfants atteints de noma dans la maison de Peter Ustinov, au Niger, en 2006.
Photo: Winds of Hope

cale, il est nécessaire de recourir à une physiothérapie adéquate. L'un des plus grands défis posés à la chirurgie plastique et reconstructive est certainement la correction des lésions provoquées par le noma. L'objectif premier est la reconstruction du visage, afin que la personne atteinte puisse bénéficier d'une vie sociale normale. Il s'agit là du respect élémentaire des droits de l'homme tels que le droit à une formation scolaire, avec par la suite la possibilité d'exercer une activité lucrative et de fonder une famille.

Il n'existe pas de procédures chirurgicales standardisées. Car l'étendue et la nature des lésions diffèrent de cas en cas et nécessitent par conséquent une technique opératoire individualisée. Lorsque la phase aiguë de la maladie est terminée, le tissu nécrotique se détache en général spontanément. Mais bien souvent, il est nécessaire d'assainir les plaies pour éviter des infections secondaires et favoriser le processus de guérison. Les contractions et rétractions cicatricielles dans la région buccale peuvent entraîner

une fermeture complète de la bouche, avec pour conséquence le développement d'une «anarchie dentaire» et d'une fusion osseuse entre le maxillaire supérieur et la mandibule au niveau molaire. La prévention de ces contractures par des mesures conservatrices appropriées est nécessaire!

La chirurgie reconstructive peut être envisagée au plus tôt une année après la phase aiguë de la maladie. Seule exception: lorsque l'alimentation n'est plus possible. Il s'agit alors de reconstruire progressivement les tissus mous, puis d'améliorer les résultats esthétiques de ce travail de base.

Les relations complexes tant sur le plan de la prévention que du traitement montrent bien que le noma n'est pas un problème purement médical. La collaboration pluri- et interdisciplinaire des chercheurs, médecins, physiothérapeutes, ethnologues, sociologues et du pouvoir politique est le seul chemin qui permettra d'éliminer définitivement cette «maladie de la pauvreté» de notre monde.

Bertrand Piccard et la fondation «Winds of Hope»

La fondation suisse «Les Vents de l'Espoir» («Winds of Hope») représente à cet égard une sorte de plaque tournante dans le combat contre le noma. L'initiateur de cet organisme est un médecin suisse bien connu et pilote de ballon, le Dr Bertrand Piccard, associé à Brian Jones. La fondation «Winds of Hope» a pour objectif de combattre le noma par des mesures concrètes réalisées dans les pays concernés. Les efforts de cette fondation se focalisent essentiellement sur la prévention. Pour mettre en œuvre ce programme, Bertrand Piccard bénéficie de l'infrastructure et de l'appui politique de l'OMS.

Dans le cadre d'un partenariat de cinq ans avec l'OMS, un programme d'action efficace a été initié en 2003. Selon ce programme, une personne formée en fonction de cet objectif a pour mission de combattre le noma dans chaque village. Au Niger, «Winds of Hope» avait déjà permis le financement de ce projet de prévention en l'an 2000. Des mesures correspondantes ont été mises sur pied au Bénin, au Burkina Faso et au Mali. L'extension de ce programme est prévue dans un futur proche au Togo et au Sénégal. Bertrand Piccard a réussi à trouver en Suisse des sponsors pour financer les frais généraux. Ainsi, il est garanti que les dons versés profiteront intégralement aux patients atteints de noma.

L'engagement de l'OMS

C'est en 1994 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu le noma en tant que pro-

Prix Rudolf Hotz 2009

Ce prix a été créé en 1988 par l'Association suisse de pédodontie (ASP). Il a pour objectif d'encourager la relève de la recherche en Suisse dans le domaine de la pédodontie.

Le prix est mis au concours chaque année; il est doté de Fr. 3000.–.

Le Prix Rudolf Hotz est décerné selon les conditions suivantes:

1. Sont admis à concourir les travaux dans le domaine de la pédodontie, effectués dans une université suisse (ou un établissement similaire). Le jury décide de la pertinence en matière de pédodontie dans le cas de travaux d'autres spécialités.
2. Les thèses sont également acceptées à condition toutefois que leur soutenance réussie ne date pas de plus de deux ans.
Si des travaux publiés sont soumis, leur acceptation pour publication ne doit pas dater de plus d'un an.
3. Les travaux doivent être remis en cinq exemplaires imprimés.
4. Les travaux doivent être remis de manière anonyme, munis d'un chiffre. Le nom et l'adresse de l'expéditeur doivent accompagner le travail, dans une enveloppe scellée.
5. Les travaux ne doivent pas être candidats à un autre prix scientifique.
6. Le délai de remise est fixé au 31 mai 2008, le timbre postal faisant foi.
Les travaux doivent être adressés jusqu'à cette date au président de l'ASP: Madame méd. dent. Juliane Leonhardt Amar, 20, cours de Rive, CH-1207 Genève
7. Un jury procède à l'appréciation des travaux; il est composé de trois membres (deux personnes d'une université suisse, une personne spécialiste en médecine dentaire pédiatrique [si possible de la commission scientifique ASP]). En cas de nécessité, des experts extérieurs peuvent être appelés en consultation.
8. Les décisions du jury sont définitives.
9. Le prix peut être partagé entre des travaux d'égale valeur. Le jury peut également décider de ne pas le décerner.
10. La remise du prix a lieu à l'occasion de l'Assemblée générale annuelle de l'ASP qui se tient le 22 janvier 2009 à Berne.
Les lauréats du prix sont invités à l'Assemblée et s'engagent à présenter leurs travaux à cette occasion.

blème de santé publique. En 1998, l'incidence de cette maladie a été évaluée à plus de 140 000 cas au plan mondial. On admet que le taux de mortalité du noma est de l'ordre de 70 à 80%.

Le combat de l'OMS contre le noma est basé sur une double stratégie reposant sur la prévention et le diagnostic précoce; son objectif déclaré est d'éradiquer le noma du continent africain.

¹ Juhás J., Das Verschwinden von Noma in Europa in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Inauguraldiss., Lübeck 2006: 17

² Tourdes J., Du Noma au sphacèle de la bouche chez les enfants, Strasbourg: Faculté de Médecine de Strasbourg, 1848

³ Dans les régions rurales et pauvres du nord du Nigéria, des bâtonnets appelés miswak ou siwak, réalisés à partir de jeunes rameaux d'un arbuste, l'arak («arbre brosse à dent», *Salvadora Persica*) sont utilisés pour l'hygiène bucco-dentaire

⁴ Idigbe E.O., Enwonu C.O., Falker W.A., et al., Living conditions of children at risk for Noma: Nigerian experience. *Oral dis* 1999; 5: 156–62, zit. n. D. Baratti-Mayer D. et al., Noma: an «infectious» disease of unknown aetiology, *The Lancet*, July 2003, Vol. 3, Issue 7, 125

⁵ Baratti-Mayer D., Pittet B., Montandon D., Bolivar I., Bormand J.E., Hugonnet S. et al. (2003), Noma: an «infectious» disease of unknown aetiology. *Lancet Infect Dis* 3: 419–431, 426

⁶ Information de Denise Baratti-Mayer, qui a réalisé ce projet avant la fondation de GESNOMA

que ont une perturbation des mécanismes de cicatrisation pulmonaire. Normalement, les lésions pulmonaires provoquées par l'inhalation de polluants se réparent aussitôt. Chez les patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathique, cette réparation est perturbée, ce qui conduit à l'apparition de cicatrices qui déforment et détruisent le tissu pulmonaire. Il s'agit d'un processus extrêmement complexe, dont les détails ne sont pas encore bien compris. Toutefois, la recherche moderne se penche activement sur les mécanismes cellulaires et biologiques moléculaires qui aboutissent à la fibrose pulmonaire, avec notamment pour objectif de trouver de nouvelles approches thérapeutiques.

Les orphelins de la médecine

En Europe seulement, ce sont près de trente millions de patients qui souffrent de l'une des sept mille maladies rares. Commercialement, ces maladies ne présentent guère d'intérêt et cette problématique est encore peu reconnue en Suisse. La première Journée européenne des maladies rares s'est tenue le 29 février 2008. Une maladie est dite «rare» en Europe lorsque moins d'une personne sur deux mille est touchée.

Anna-Christina Zysset

La fibrose pulmonaire idiopathique, fibrose kystique ou maladie de Crohn, fait partie des maladies rares, comme 6997 autres maladies. Etant donné que la recherche sur les maladies rares n'apporte guère de profit à l'industrie pharmaceutique qui pratique la recherche, ces maladies sont traitées comme des orphelins. Une fois qu'un médicament a été classé par Swissmedic comme traitement pour une maladie rare, il n'y a plus d'incitation à développer de tels médicaments. Il n'y a ni centres de référence, ni programmes de recherche, ni financement spécifique pour les maladies rares. Quelques institutions privées, tel le Téléthon, soutiennent une recherche ciblée, comme celle sur la myopathie. La fibrose pulmonaire idiopathique est une affection pulmonaire relativement rare qui peut entraîner une dyspnée sévère. Malheureusement, il n'existe actuellement que peu de médicaments susceptibles d'apporter une stabilisation de la maladie. De nouvelles possibilités thérapeutiques se dessinent toutefois. La fibrose pulmonaire idiopathique (en anglais: idiopathic pulmonary fibrosis ou IPF) est une affection pulmonaire relativement rare dont la cause reste mal connue (idiopathique = d'origine inconnue). Les personnes atteintes sont généralement des hommes de plus de 50 ans. Des études américaines estiment la fréquence de la maladie à six à vingt cas pour 100 000 individus. En Suisse, le Groupe suisse pour les maladies in-

terstitielles et orphelines pulmonaires (SIOLD) a constitué un registre qui devrait permettre de rassembler des données épidémiologiques sur cette maladie dans notre pays.

Les patients atteints se plaignent généralement d'un essoufflement progressif (dyspnée), d'abord à l'effort, puis même au repos lorsque la maladie est plus avancée. Un autre symptôme fréquent est une toux sèche. La cause de ces troubles est l'apparition de lésions fibrotiques du parenchyme pulmonaire, provoquant une destruction et une rétraction du poumon. Le volume pulmonaire est par conséquent nettement réduit chez ces patients, et l'oxygène de l'air ne peut plus parvenir dans le sang en quantité suffisante. Ceci explique l'abaissement de l'oxygène sanguin et la dyspnée d'effort qui en résulte. La survie moyenne après l'établissement du diagnostic est de trois à quatre ans.

La cause de ces lésions fibrotiques et de la destruction progressive du tissu pulmonaire reste inconnue. Il est possible que des agents de l'environnement, inhalés de façon répétée pendant une longue période, jouent un rôle en endommageant les alvéoles pulmonaires. Des facteurs génétiques jouent certainement aussi un rôle important, puisqu'un certain nombre de fibroses pulmonaires idiopathiques (jusqu'à 3%) sont familiales.

En tout cas, on pense aujourd'hui que les patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathi-

Mondobiotech lutte en faveur des orphelins de la médecine

Mondobiotech S.A., dont le siège est à Bâle, apporte son soutien aux patients atteints par une maladie rare. Le fondateur de Mondobiotech, Fabio Cavalli, et cinq cents autres personnes venues du monde entier sont à la recherche de médicaments contre les maladies rares. Mondobiotech rassemble les connaissances déjà existantes sur ces maux et étudie de nouvelles applications de substances actives déjà connues. Mondobiotech est une société privée de biotechnologie fondée en 2001 et ayant son siège en Suisse. Elle est membre de l'association Swissbiotech. Elle est spécialisée dans le développement d'options thérapeutiques pour les maladies mortelles rares et négligées, dites «maladies orphelines». Mondobiotech dispose actuellement de trente produits en développement pour trente indications et met en œuvre une stratégie de recherche et développement afin d'identifier des traitements potentiels pour un grand nombre d'autres maladies rares. Elle a remis deux produits en licence: son principal produit, Aviptadil, indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire, a été confié en licence à Biogen Idec, tandis que son interféron-gamma pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique a été confié à Intermune. L'entreprise a obtenu cinq désignations de «produit médical orphelin» pour Aviptadil en Europe et aux Etats-Unis, la dernière lui ayant été accordée en octobre 2007 pour le traitement de la sarcoïdose dans l'Union européenne.

Problèmes typiques rencontrés par les patients atteints par des maladies rares

Fréquemment, les maladies rares ne font l'objet que de peu de recherches et les patients doivent souvent attendre très longtemps avant que le diagnostic exact ne soit posé. Ces retards peuvent avoir pour conséquence une détérioration clinique de l'état de santé physique et psychique

du patient, provoquer des craintes et un état dépressif et donner un sentiment d'isolement à la famille du patient. Dans le cas de la fibrose kystique (FK), ou mucoviscidose, il s'agit d'une maladie où une très grande quantité de médicaments doit être administrée, quasiment depuis la naissance et pendant toute la durée de la vie. Les patients souffrant de mucoviscidose voient souvent les firmes pharmaceutiques cesser la production des emballages de grande contenance des médicaments prescrits pour des traitements de longue durée, tout simplement parce qu'ils ne leur rapportent pas assez. En particulier dans le cas de la mucoviscidose, une physiothérapie quotidienne est indispensable, car c'est elle qui permet de maintenir le patient en vie. Les autorisations pour le traitement doivent constamment être renouvelées (car valables seulement pour neuf séances) par le médecin de famille, et ceci pour une maladie évolutive et, en l'état actuel des connaissances, incurable.

La Journée européenne des maladies rares vise à améliorer l'état des connaissances, du suivi et du traitement de ce type de maladies, afin de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes qui en sont atteintes. L'entreprise bâloise Mondobiotech disposera en 2009 de plus de trois cents concepts de médicaments qui seront remis en licence à des firmes qui se chargeront de la recherche clinique. La durée de chaque licence est limitée à dix ans. Mondobiotech prévoit en septembre sa «cotation démocratique en Bourse».

Sous la pression des organisations de patients et de l'opinion publique, le gouvernement américain a adopté en 1983 une loi sur l'encouragement du développement de médicaments pour le traitement des maladies rares (Orphan Drug Act), dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et de soutenir la recherche dans ce domaine.

Source: Orphanet Suisse – <http://www.orpha-net.ch>

Elles sont présentes dans un système bien organisé que l'on nomme le biofilm. *E. faecalis* est souvent présent dans les infections apicales, mais il n'est pas le seul à créer des infections. De même en parodontologie, je suis sûr qu'on peut trouver des *E. faecalis*, mais d'autres bactéries ont aussi été mises en évidence lors de maladie parodontale. Petite anecdote: Matthias Zehnder et son équipe de Zurich a démontré que les mangeurs de fromage avaient plus de *E. faecalis* dans leur bouche que les gens qui ne mangent pas de fromage.

Un appareil hydrodynamique, c'est quoi au juste?

C'est un appareil expérimental qui permet d'introduire de l'eau en cavitation dans les canaux radiculaires. La cavitation produite par des vibrations ultrasoniques nettoie les canaux de tous les débris de tissu pulpaire et élimine les bactéries. On arrive ainsi à nettoyer même les canaux latéraux les plus fins. C'est peut-être l'avenir de l'endodontie.

Interview avec le nouveau président de la SSE

Bernard Thilo

La Société suisse d'endodontologie (SSE) a élu le Dr Bernard Thilo à sa présidence. Notre rédactrice s'est entretenue avec cet endodontologue engagé qui pratique à Pully (VD).

Anne-Christine Zysset



méd

Quels sont vos objectifs prioritaires pour la SSE?

A court terme: informer les praticiens de ce que peut faire l'endodontie et leur donner les moyens de diagnostiquer les dents qui peuvent être sauvées par un traitement endodontique.

A moyen terme: la SSE veut transmettre aux praticiens les techniques de traitement endodontiques, selon les critères de qualité de l'endodontologie moderne, qui permettent de garantir à long terme le maintien des dents. Le meilleur implant c'est la dent. Dans ce sens, elle soutient des projets de recherche en endodontologie dans les universités suisses et veut améliorer l'enseignement pré- et postgradué en endodontologie.

Quelle est la motivation de la SSE d'organiser un congrès en Suisse chaque année?

Le succès du congrès SSE 2008 à Lausanne, plus de 400 participants, démontre bien que beaucoup de praticiens sont intéressés par l'endodontie. L'endodontie est une des parties de la médecine dentaire qui ont le plus évolué ces dernières années et la demande de perfection-

nement est très forte. Les cours pratiques que nous offrons gratuitement à nos membres ont aussi beaucoup de succès.

Quel est le rôle de l'endodontologie en cette période d'euphorie pour les implants?

Un peu par provocation, je dirai: «pourquoi prendre le risque de perdre un implant quand on a la chance de pouvoir garder une dent?». Je n'entends pas par là nier le succès des implants mais bien rappeler, comme a dit André Schroeder, que le meilleur implant c'est la dent et qu'un implant ne devrait remplacer qu'une dent manquante. Éthiquement, on ne devrait jamais extraire une dent susceptible de pouvoir recevoir un traitement endodontique, sans l'avis d'un spécialiste en endodontologie.

E. faecalis est en quelque sorte le Ben Laden de l'endodontologie. Qu'en est-il de la parodontologie?

La maladie parodontale comme la maladie apicale sont des maladies infectieuses, on peut détecter un grand nombre de bactéries différentes.

Les affections pulpaires sont-elles la cause ou le résultat de maladies systémiques (p. ex. diabète)?

Clairement, les affections pulpaires sont d'origine bactérienne. Toute infection peut aggraver une maladie systémique comme le diabète.

Le Mineral-Trioxide Aggregate (MTA) est le nouvel étalon or pour les coiffages et les obturations radiculaires. Quelles sont les raisons de sa supériorité par rapport à l'hydroxyde de calcium?

Stéphane Simon a montré, lors de sa présentation au congrès de Lausanne, que le MTA est le plus biologique des ciments. On observe une dentinogenèse de meilleure qualité lors de coiffage direct, une cimentogenèse lors d'obturation des perforations radiculaires et aussi une très bonne ostéogenèse lors d'obturation apicale. Par rapport à l'hydroxyde de calcium, le MTA est un ciment étanche, non résorbable, avec un fort pouvoir inducteur des tissus durs.

Quelles sont vos motifs personnels d'assumer la présidence de la SSE?

Depuis mes études de médecine dentaire, je m'intéresse à l'endodontie, que je pratique tous les jours dans mon cabinet. Je suis persuadé que l'endodontologie maintient la santé bucco-dentaire de nos patients de manière efficace et durable si elle est pratiquée selon les règles de l'art. Le fait d'avoir en l'honneur d'être nommé à la présidence de la SSE me permet de partager mes convictions avec un grand nombre de confrères.

«Pas que je m'ennuie»

L'Association suisse de pédodontie (ASP) compte aujourd'hui 450 membres. Juliane Leonhardt Amar souhaite que la pédodontie soit reconnue dans toute la Suisse comme une spécialité à part entière. Elle a récemment ouvert son propre cabinet dentaire.

Giovanni Ruggia s'est entretenu avec Juliane Leonhardt Amar

En tant que présidente de l'Association suisse de pédodontie (ASP), quelles sont vos attentes, vos souhaits et vos opinions? Quelle est la situation actuelle de l'ASP?

Au cours des dix dernières années, l'ASP est devenue une association reconnue en Suisse. Elle compte aujourd'hui près de 450 membres. L'intérêt pour la médecine dentaire pédiatrique est en augmentation constante, ce qui explique la fréquentation élevée enregistrée lors du congrès annuel de l'ASP à Berne. Nous avons parcouru un long chemin en obtenant la reconnaissance de la Société suisse d'odontostomatologie (SSO) et, au niveau européen, en mettant en place un règlement régissant les études post-universitaires, en nommant nos premiers «parrains», des spécialistes plus âgés, et en instaurant le premier programme de formation universitaire. Mon souhait, à long terme, est que la médecine dentaire pédiatrique soit reconnue en tant que spécialité fédérale de la médecine dentaire en Suisse. L'idéal serait de mettre en place des programmes d'études post-universitaires dans les quatre universités de Suisse afin que les patients de toute la Suisse puissent être traités par des spécialistes.

Au cours des dernières années, le programme d'études post-universitaires en médecine dentaire pédiatrique a été reconnu par la SSO. Certains spécialistes plus âgés détiennent donc aujourd'hui un diplôme de la SSO en odontologie pédiatrique. Existe-t-il des centres accrédités de formation supérieure en médecine dentaire pédiatrique destinés aux jeunes collègues suisses intéressés par cette spécialité?

Oui, un programme d'études post-universitaires en pédodontie a été mis en place à Zurich. Il a été visité récemment par la European Academy of Pediatric Dentistry (EAPD), qui le reconnaîtra formellement au mois de mai 2008 lors de sa rencontre annuelle à Dubrovnik. L'accréditation suisse par l'ASP et la SSO suivront. Un Centre de médecine dentaire pédiatrique est actuellement en cours de développement à l'Université de Berne; il proposera un programme de formation supérieure à l'avenir.

Un centre serait également nécessaire en région francophone ...

Notre objectif, pour l'avenir, est d'implanter un centre à Genève. Il est important que la population francophone de Suisse ait également accès à des spécialistes en médecine dentaire pédiatrique.

Songez-vous à mettre en place d'autres cours de formation supérieure dans le domaine de l'odontologie pédiatrique?

L'ASP propose des cours en sédation par inhalation de protoxyde d'azote. Il existe deux cours (A et B) qui livrent des connaissances pratiques et théoriques sur le traitement des patients pédiatriques au protoxyde d'azote. Après avoir suivi les deux cours et rempli certaines autres exigences, le praticien peut obtenir la certification de l'ASP pour l'utilisation de ce type de sédation consciente.

Il y a quelques années, l'ASP a fondé, avec d'autres sociétés de discipline, un «comité d'experts». Quel est l'objectif de cette fédération de sociétés?

Le CSO (Collège suisse d'odontostomatologie) représente et défend les intérêts des sociétés dentaires spécialisées. Il s'attache à promouvoir la formation continue en médecine dentaire spécialisée. L'un de ses objectifs est d'encourager et de garantir la qualité de la formation dentaire continue en certifiant les cours.

En tant que cadre d'une société de discipline, qu'attendez-vous de la SSO?

J'attends un soutien de la part de la SSO. Je souhaite qu'elle aide l'ASP à atteindre ses objectifs, à savoir l'accréditation des programmes de formation supérieure proposés par les universités de Suisse, l'obtention d'une reconnaissance au niveau gouvernemental fédéral et l'encouragement de projets relatifs à la santé dentaire des enfants. Je dois dire que nous (l'ASP) apprécions le soutien appuyé dont nous avons bénéficié dans le passé.

Pensez-vous qu'une «chambre de discipline» de la SSO, consacrée statutairement aux questions scientifiques et éducation-



Juliane Leonhardt Amar

nelles auxquelles la médecine dentaire suisse est confrontée, agissant en tant que porte-parole fiable et officiel des sociétés de discipline et au sein de laquelle celles-ci pourraient être représentées, serait une solution?

Je crois que le CSO souhaite vraiment aider la SSO à réaliser ses objectifs et à représenter les intérêts des sociétés spécialisées. Ce n'est qu'en combinant nos efforts que nous pourrions continuer à proposer une formation continue de haute qualité aux dentistes de Suisse, et un traitement dentaire de qualité à nos patients. Toutefois, le CSO souhaite garder son identité et une indépendance relative en tant que société spéciale, tout en travaillant étroitement avec la SSO.

Citoyenne européenne, vous êtes née en Allemagne et avez grandi aux Etats-Unis, où vous étiez à l'école secondaire. Après avoir déménagé en Suisse et fait vos études dentaires à Genève, vous avez eu la nationalité suisse et le diplôme fédéral en médecine dentaire. Vous pouvez donc aborder la médecine dentaire suisse de différents points de vue inhabituels et je crois que vous avez d'intéressantes informations à nous livrer.

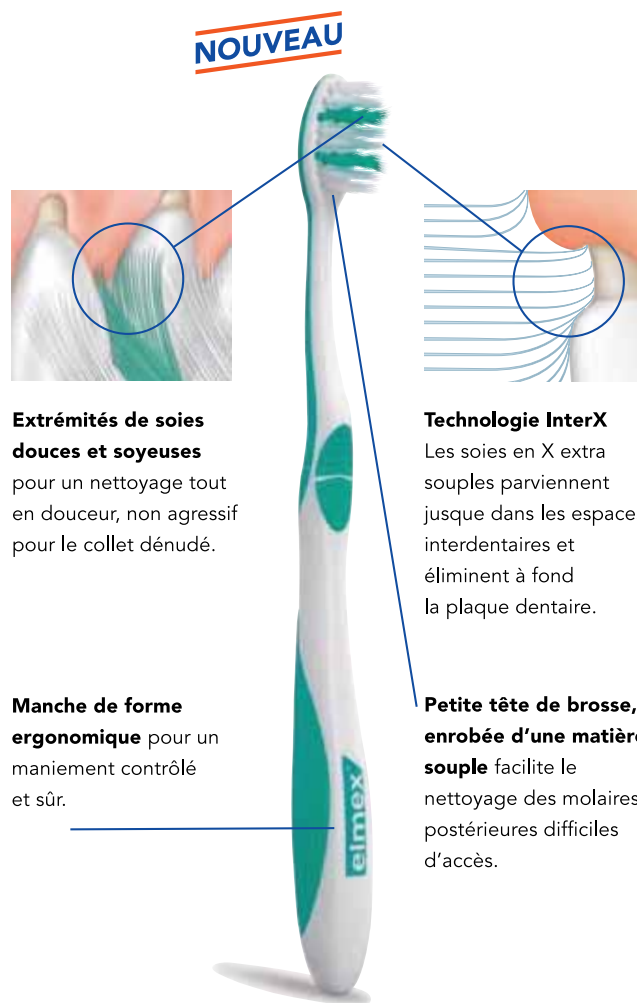
J'ai passé mon enfance de l'âge de 5 ans à ma deuxième année d'études de premier cycle à l'Université de Californie, San Diego, aux Etats-Unis. Mes uniques connaissances de la médecine dentaire américaine se limitent à mon expérience de patiente pédiatrique. Je me souviens avoir vu quasiment tous les jours des publicités à la télévision pour le dentifrice fluoré (Le Dr Goodman recommande «Crest»!). Le

brossage des dents et leur nettoyage au fil dentaire étaient ancrés dans ma mémoire depuis mon plus jeune âge. L'orthodontie a également été un événement majeur dans ma vie et dans celle de nombreux enfants de mon âge. Une grande concurrence règne, aux Etats-Unis, dans le domaine des études dentaires. Pour être accepté dans une école dentaire, il faut avoir obtenu une moyenne élevée au premier cycle et bénéficier d'une forte dextérité manuelle. Seul un nombre relativement faible de candidats est accepté en école dentaire. Il en est de même pour intégrer un programme d'études post-universitaires spécialisées en médecine dentaire. En Suisse, tout citoyen suisse peut intégrer une école dentaire s'il le souhaite, mais tenir le coup jusqu'au bout est une autre affaire! Aux Etats-Unis, l'étudiant doit passer des examens fédéraux en plus des examens imposés par chaque Etat pour pouvoir travailler ou ouvrir un cabinet. Si vous déménagez dans un autre Etat, vous devez passer les examens en vigueur dans ce nouvel Etat. Lorsque j'ai passé mes premiers examens dentaires à Genève, je n'avais pas encore la nationalité suisse; j'ai donc reçu un permis de travail cantonal. Après être devenue suisse trois ans plus tard, j'ai dû repasser tous mes examens pour obtenir un diplôme fédéral! Je suis contente que les choses soient plus simples de nos jours pour les étrangers. Certes, des restrictions existent dans tous les pays. En Suisse au moins, le diplôme fédéral vous permet de travailler sur l'ensemble du territoire! C'est agréable de vivre dans un pays comme la Suisse, petit, bien organisé et où règne la discipline. La diversité culturelle et linguistique rend le travail à l'échelon national intéressant et stimulant, comme c'est le cas dans notre société de médecine dentaire pédiatrique.

L'année dernière, vous avez ouvert votre propre cabinet dentaire à Genève après avoir passé de nombreuses années au service dentaire de la jeunesse. Parallèlement, vous êtes pianiste et donnez des récitaux et vous proposez des cours de gestion du comportement des enfants en tant que patients. Et vous êtes maman ...

Oui, je ne peux pas dire que je m'ennuie ... J'ai toujours mené en parallèle mes deux passions, à savoir la musique et la médecine dentaire. J'ai investi beaucoup de temps dans ces deux domaines. Et j'ai également une famille, c'est vrai. Il y a différentes phases dans la vie. Certaines activités ont plus ou moins d'importance à certaines périodes de la vie et requièrent un investissement variable en temps. Un domaine est plus fort que l'autre et vice versa. La clinique dentaire de la jeunesse fut un endroit formida-

elmex® SENSITIVE EXTRA SOFT nettoie en douceur et à fond jusque dans les espaces interdentaires.



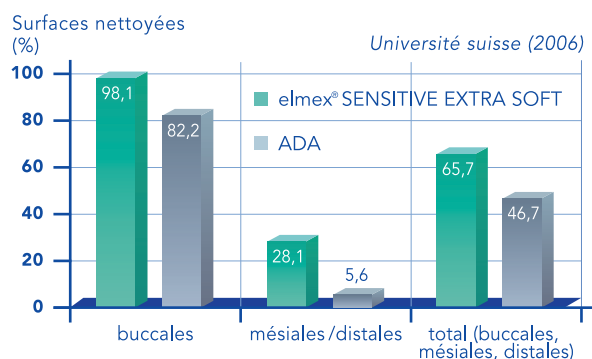
Extrémités de soies douces et soyeuses pour un nettoyage tout en douceur, non agressif pour le collet dénudé.

Technologie InterX Les soies en X extra souples parviennent jusque dans les espaces interdentaires et éliminent à fond la plaque dentaire.

Manche de forme ergonomique pour un maniement contrôlé et sûr.

Petite tête de brosse, enrobée d'une matière souple facilite le nettoyage des molaires postérieures difficiles d'accès.

Efficacité de nettoyage d'elmex® SENSITIVE EXTRA SOFT *in vitro*



Dans le cas de mouvements de brossage circulaires, elmex® SENSITIVE EXTRA SOFT nettoie nettement mieux différentes surfaces dentaires que la brosse à dents de contrôle.¹

GABA Suisse
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

¹ Université suisse (2006), données sur la brosse à dents de l'ADA tirées de: Université suisse (2005) Méthode *in vitro* validée, la mesure du pouvoir de contact d'une brosse à dents avec les surfaces dentaires donne une information sur son efficacité de nettoyage. Les modèles de dentition constitués de dents noires pourvues d'un revêtement blanc sont brossés avec les brosses à dents à l'essai dans des conditions définies. Les surfaces dentaires débarrassées du revêtement sont mesurées par planimétrie. Sur les surfaces aussi bien buccales que mésiales/distales, la nouvelle brosse à dents elmex® SENSITIVE montre une élimination de la plaque plus approfondie que la brosse à dents de référence de l'ADA.

ble pour acquérir de l'expérience en odontologie pédiatrique. Aujourd'hui, je me concentre sur l'organisation et le développement de mon cabinet orienté vers la médecine dentaire familiale et les soins spéciaux en pédodontie. J'ai attendu longtemps avant d'ouvrir mon propre cabinet. Je suis

contente d'avoir pris le temps de poursuivre ma formation et mes activités musicales tout en me concentrant sur mon domaine d'intérêt, la médecine dentaire. Grâce à l'expérience accumulée pendant des années, j'ai l'impression de savoir aujourd'hui ce que je veux, ce que je sais faire et quels objectifs je souhaite encore atteindre.

J'aime beaucoup travailler avec d'autres personnes motivées afin de faire progresser l'odontologie pédiatrique. Mon expérience en tant que présidente de l'ASP est très enrichissante et satisfaisante.

Votation populaire du 1^{er} juin 2008

Non au diktat des caisses maladie: le libre choix du médecin dentiste doit être sauvé!

Le 1^{er} juin prochain, le peuple suisse se prononcera sur une modification de la constitution portant le beau titre de «Qualité et efficacité économique dans l'assurance maladie». En réalité, il s'agit d'instiller encore plus de concurrence ruineuse dans le système de santé, de supprimer le libre choix de son médecin et de péjorer la situation des malades chroniques. Ensemble avec la FMH, les associations des soignants, les cantons et les organisations de patients, la SSO dit clairement NON au diktat annoncé des caisses maladie.

Felix Adank

Imaginez, en tant que médecin dentiste, que vous soignez une famille depuis des générations. Maintenant le père, patient depuis de nombreuses années, se présente avec sa fille pour une consultation d'urgence au cabinet à la suite d'un accident touchant la dentition de cette dernière. Toutefois, vous n'êtes pas reconnu en qualité de médecin dentiste traité par la caisse maladie de la jeune fille, et vous ne pouvez donc rien faire pour l'aider: vous devez au contraire référer la jeune patiente à une consœur qui figure sur la liste de la caisse de la jeune fille. Et ceci non seulement en cas d'accident, mais aussi en présence d'affections non évitables du système masticatoire ou de défauts de la dentition résultant d'une infirmité congénitale. Ce scénario est parfaitement concevable si la modification constitutionnelle intitulée «Qualité et efficacité économique dans l'assurance maladie» était acceptée le 1^{er} juin prochain.

Deux canines qui mordent: liberté de contracter et monisme

Le peuple suisse votera le 1^{er} juin 2008 sur un nouvel article 117a de la constitution qui veut imposer plus de concurrence dans l'assurance maladie avec des mots ronflants tels que «Qualité et efficacité économique dans l'assurance maladie», ce qui aurait des conséquences dramatiques pour le corps médical, les patients et les cantons. Le conseiller aux états PRD Hans Altherr (AR) l'a formulé ainsi: «Ce projet a deux canines qui mordent: il s'agit de la liberté de contracter et du monisme.» En texte clair: l'obligation de contracter qui contraint les caisses

maladie de traiter avec tous les médecins et médecins dentistes habilités doit disparaître. De plus, les caisses maladie se voient accorder le pouvoir exclusif de décider des montants pour les prestations médicales de base: les cantons devraient désormais payer chaque année huit milliards de francs aux assurances maladie, sans droit de participation et sans contrôle démocratique.

Suppression du libre choix du médecin

La lecture du procès-verbal sténographique des débats parlementaires montre bien quel est l'objectif essentiel de la modification constitutionnelle proposée: la suppression de l'obligation de contracter sous le titre trompeur de «liberté de contracter», en clair la suppression du libre choix du médecin! A l'avenir, les caisses pourraient décider librement des médecins et des médecins dentistes avec qui elles voudraient encore collaborer. Conséquence: les médecins qui auraient de nombreux patients âgés ou chroniques se trouveraient rapidement dans le collimateur des caisses maladie car ils entraînent des frais de traitement supérieurs à la moyenne. Pire encore: ils pourraient être tentés d'appliquer un rationnement caché des soins en prescrivant le traitement le moins cher et non plus le traitement le plus indiqué médicalement. Inconvénient encore, et non des moindres, c'est la relation de confiance entre le médecin et son patient qui en souffrirait, dès lors que ce dernier ne pourrait plus choisir librement ses thérapeutes. Il est donc évident que les médecins et les

médecins dentistes doivent combattre vigilement la modification constitutionnelle proposée: l'assurance de la qualité des soins médicaux ne doit pas être confiée aux caisses maladie. On dispose d'ores et déjà d'alternatives convaincantes avec le Managed Care et avec les réseaux de médecins.

Des caisses omnipotentes?

Désormais, les caisses maladie devraient fonctionner comme administrateurs uniques de l'argent de la santé: en lieu et place du système actuel du dualisme (les caisses maladie d'une part, les cantons d'autre part en tant que bailleurs de fonds), on introduirait le monisme sous la devise «Tout le pouvoir aux caisses maladie!» Il en résulterait que les assurances maladie, entreprises du secteur privé, pourraient désormais gérer et répartir de manière autonome des milliards provenant du secteur public, sans le moindre contrôle officiel. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est également clairement déclarée contre le nouvel article constitutionnel, le trouvant à la fois «inutile et antidémocratique» ainsi que l'a affirmé dans les médias le président de la CDS, Pierre-Yves Maillard. Inutile, parce que la qualité, la transparence, l'efficacité économique et la concurrence régulée figurent déjà dans la loi révisée sur l'assurance maladie (LAMal). Antidémocratique, parce que les caisses maladie pourraient gérer des fonds publics se comptant par milliards sans aucune légitimation démocratique et sans contrôle de leurs comptes par les cantons.

Prestations médicales remises en question

La LAMal actuellement en vigueur impose que les caisses maladie participent aux coûts des soins de longue durée, des soins ambulatoires et des soins transitoires. Le nouvel article constitutionnel transforme cette obligation en ne formulant plus qu'une simple possibilité. Un acquis important disparaîtrait ainsi: les personnes nécessitant des soins ne seraient plus sûres à l'avenir que leur caisse maladie participe au coût de leur traitement. Un contrat entre les générations doit-il donc être rompu le 1^{er} juin? En effet, ce sont les patients âgés et les malades chroniques

Choisir son médecin – une question de confiance!

Comité «NON au diktat des caisses» · Case postale 55 · 3000 Berne 15
www.non-au-diktat-des-caisses.ch

1er juin 2008

NON au diktat
des caisses!

qui seraient concernés au premier chef, ainsi que les personnes handicapées. Si l'article constitutionnel proposé était accepté, ce sont les soins et le soutien qui vous sont dus qui seraient remis en question.

La votation populaire du 1^{er} juin donne de fausses impulsions au système suisse de santé. La SSO s'engage en conséquence contre la modification constitutionnelle proposée, en collaboration avec la FMH et d'autres partenai-

res. Tous les membres de la SSO sont invités à soutenir activement la campagne «NON au diktat des caisses maladie». De plus amples informations sur la campagne se trouvent à l'adresse www.non-au-diktat-des-caisses.ch.

Revues

Endodontie: Resilon

Schäfer E et al.:
Influence of resin-based adhesive root canal fillings on the resistance to fracture of endodontically treated roots: An in vitro preliminary study

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 103: 274–279, 2007

La résistance à la fracture dentaire peut être limitée après certains types de traitements endodontiques. Des efforts doivent par conséquent être entrepris pour renforcer ces dents.

Il n'a pas été prouvé de manière soutenue que la gutta-percha soit un agent renforçateur. Le Resilon est un nouveau matériau d'obturation doté de propriétés annoncées comme hautement comparables à celles de la gutta-percha. Il contient un polymère synthétique composé de verre bioactif, des sels de bismuth et du sulfate de baryum. Le fabricant précise aussi que ce produit peut être utilisé avec toutes les techniques d'obturation courantes à la gutta-percha. La présente étude a mesuré si le Resilon renforçait les dents endodontiquement obturées. 24 canaux furent obturés selon la méthode de condensation latérale avec de la gutta-percha scellée à l'AH Plus (groupe 1) et du Resilon scellé au RealSeal (groupe 2). 12 autres canaux restèrent non instrumentés pour servir de contrôle (groupe 3). Un appareil appliqua une force croissante jusqu'à ce que la dent se fracture.

Tous les points de fracture se situaient vestibulairement dans une direction mésio-distale. Les racines du groupe 3 (pas de traitement) étaient significativement plus résistantes que celles des deux autres groupes. Les racines obturées au RealSeal se fracturaient à des forces significativement plus élevées que celles enregistrées dans

le groupe 1. Une différence fut aussi constatée parmi les racines mises en forme au moyen de broches GT mécanisées ou de broches manuelles.

RealSeal était associé à une plus grande résistance à la fracture que les autres groupes, qu'ils soient non traités ou obturés à la gutta-percha et à l'AH Plus.

Les performances à long terme du Resilon restent encore à prouver. Des études ont en effet montré qu'il devient biodégradable lorsqu'il est exposé à certains enzymes présents dans la salive ou à des pathogènes endodontiques comme le *Pseudomonas aeruginosa*, l'*Enterococcus faecalis* et certaines souches d'*Actinomyces*. Le Resilon peut être aussi sensible à l'hydrolyse alcaline et aux ciments à base de méthacrylate.

Michel Perrier, Lausanne

Brossage

Hogan L M E et al.:
Comparison of new and 3-month-old toothbrush heads in the removal of plaque using a powered toothbrush

J Clin Periodontol 34: 130–136, 2007

Les brosses manuelles et mécanisées se sont montrées efficaces dans l'élimination de la plaque du biofilm dentaire. Cette action contribue largement à la réduction de l'incidence de la carie et de la parodontite chronique. Lorsque les brins d'une brosse sont usés, des études in vitro et in vivo montrent que l'efficacité de la brosse diminue. Il a été ainsi recommandé que les brosses soient remplacées en général tous les deux ou trois mois.

La différence entre une brosse de moins de plus de 3 mois a été évaluée, de même que le

rapport entre l'usure d'une brosse et l'élimination de la plaque dans le cas d'un système mécanisé (Oral-B).

34 patients d'une clinique dentaire furent suivis dans cette étude croisée. Chaque sujet fut assigné aléatoirement à utiliser une nouvelle brosse ou une brosse de 3 mois avant la première visite, cet ordre étant inversé pour la seconde visite. La présence de plaque fut évaluée 48 heures après avoir pratiqué ou non une hygiène bucco-dentaire. Les sujets utilisèrent ensuite une brosse mécanisée à oscillations et à rotations, neuve ou ancienne de 3 mois. Le temps de brossage s'élevait à 2 minutes avant d'évaluer immédiatement les scores de plaque. Des images digitales des surfaces brossées furent mesurées afin d'évaluer l'usure des brins.

Les scores de plaque avant le brossage étaient similaires à ceux enregistrés après 48 heures d'abstinence. Aucune différence statistique ne fut enregistrée dans la réduction des scores de plaque accomplis après l'utilisation d'une nouvelle brosse ou d'une brosse de 3 mois sur les 816 surfaces examinées. Ces scores de réduction s'élevaient, sur les faces vestibulaires, à 46,2% pour les brosses neuves et à 44,6% pour les brosses de 3 mois. Ces valeurs atteignaient respectivement 26,8% et 27,4% pour les surfaces palatines/linguales, et enfin 31,3% et 30,8% pour les faces approximales. Les scores généraux des brosses mécanisées neuves ou non ne varièrent pas de manière significative (38,1% et 37,1%).

Les niveaux d'usure des brosses de 3 mois n'étaient pas proportionnels à un déclin significatif du pourcentage de réduction de plaque. Les brosses mécanisées, neuves ou anciennes, étaient tout aussi efficaces dans l'élimination de la plaque des surfaces dentaires. Même en présence d'une usure marquée, les scores de plaque n'étaient pas modifiés de façon significative.

L'usure des brins ne saurait être l'unique raison de remplacement d'une brosse tous les 3 mois.

Michel Perrier, Lausanne