



Complications liées aux piercings

Rev Med Suisse 2014; 10: 662-8

L. Friedrich
C. Madrid
M. Ödman-Jaques
B. Yersin
P.-N. Carron

Complications of body piercing

The trend of body piercing has grown in popularity in the past decade within the general population and especially among young adults. Complications of body piercing include local inflammation and infections, but severe complications are also possible and largely underestimated. People are usually not aware of the risks before making a piercing, and their medical history, medication and comorbidities are largely neglected by the people who realise the piercing. This article presents a review of the complications that a primary care physician may observe, for a patient who wishes to make a piercing, or presents complications due to the implementation of such a device.

Au sein de la population générale, de plus en plus de personnes arborent des piercings, en particulier parmi les jeunes adultes. Hormis les réactions inflammatoires et les infections locales, les complications liées à ces piercings sont méconnues. Les personnes ne sont en général pas informées des risques avant de réaliser un piercing et leurs antécédents, traitements médicamenteux ou comorbidités éventuelles, sont largement négligés par les personnes qui réalisent le geste. Les complications sont le plus souvent locales et bénignes, mais des complications sérieuses et parfois mortelles ont été décrites dans la littérature.

Cet article propose une revue des problématiques possibles auxquelles pourrait être confronté un médecin de premier recours, face à un patient qui souhaiterait réaliser un piercing ou présenterait des complications suite à la mise en place d'un tel dispositif.

INTRODUCTION

Le *body piercing* (issu de l'anglais *to pierce*, signifiant «percer») implique la perforation d'une partie du corps pour y placer un dispositif décoratif. Le nombre de personnes porteuses d'un ou de plusieurs piercing(s) est en augmentation, en particulier

parmi les jeunes adultes. Historiquement, les piercings correspondent à une forme d'expression culturelle dans de nombreuses civilisations indo-européennes, amérindiennes ou asiatiques. Ils sont mis en place lors de rituels et témoignent d'une appartenance à un groupe ethnique. En dehors de ce contexte, le piercing est effectué dans un but esthétique, pour des questions identitaires, ou pour souligner son appartenance à un groupe social (mouvements punks, gothiques, etc.).

Les piercings peuvent être sources de complications. Les patients et les médecins restent pourtant peu informés des risques inhérents et des principes de prise en charge. Les personnes réalisant les piercings sont par ailleurs peu sensibilisées face aux risques médicaux liés aux antécédents du patient ou à la prise de certains médicaments (tableau 1).¹

Cet article passe en revue les problématiques possibles, face à un patient qui souhaiterait réaliser un piercing ou présenterait des complications suite à la mise en place d'un tel dispositif.

PRÉVALENCE DES PIERCINGS

Il existe peu de données concernant la prévalence des piercings. Les études effectuées dans des pays occidentaux rapportent une prévalence variant de 4 à 51% de la population générale, en fonction de la définition utilisée.^{1,2} Une étude épidémiologique, réalisée en Angleterre à l'aide d'un questionnaire envoyé à la population, a permis d'estimer que 10% des adultes avaient – ou avaient eu – un piercing au cours de leur vie, avec en moyenne 1,7 piercing par personne.² La pratique du piercing concernait trois fois plus de femmes que d'hommes. La prévalence diminuait avec l'âge, le phénomène touchant préférentiellement la catégorie



Tableau 1. Facteurs favorisant la survenue de complications liées aux piercings

- Immunosuppression (médicamenteuse ou maladie)
- Diabète
- Pathologies valvulaires cardiaques (risque d'endocardite)
- Troubles de la coagulation (prise d'anticoagulants ou pathologies hématologiques)
- Dermatite atopique ou allergie aux métaux

des 16-24 ans (27,4%). Dans cette tranche d'âges, près de la moitié des femmes portaient un piercing. Plus d'un quart (27,5%) des participants rapportaient des complications, nécessitant une fois sur deux une consultation auprès de la personne ayant réalisé le piercing, chez un pharmacien ou chez un médecin de premier recours.² Les piercings oraux et péri-oraux constituaient également une source notable de consultations auprès des dentistes.

Qu'en est-il des situations d'urgences? La prévalence des consultations aux urgences pour complications dues à un piercing n'est pas précisément connue. Dans une étude concernant les lésions dues à des piercings oraux observées dans des services d'urgences aux Etats-Unis, 73% des consultations concernaient des adolescents ou des jeunes adultes (14 à 22 ans).³ Dans 42% des cas, les consultations étaient liées à la survenue d'une infection et dans 39% à des difficultés pour retirer le piercing.³

PARTIE(S) DU CORPS LE PLUS SOUVENT IMPLIQUÉE(S)

L'étude réalisée en Angleterre permet de préciser la répartition anatomique des piercings: 33% sont placés au niveau du nombril, 19% sur le nez, 13% sur les oreilles, 9% sur la langue, 9% au niveau des mamelons, 8% concernent les sourcils, 4% les lèvres, 2% les organes génitaux et 3% d'autres parties du corps.² Ces résultats pourraient néanmoins être liés à une définition ne prenant pas en compte tous les ornements posés sur le lobule de l'oreille. Chez la femme, les piercings sont le plus souvent situés au niveau du nombril, du nez, des oreilles, de la langue, des sourcils, des mamelons ou des lèvres. Chez l'homme, la préférence va aux mamelons, suivie des sourcils, des oreilles, de la langue, du nez, des lèvres, et enfin des organes génitaux.

MÉTHODES POUR EFFECTUER UN PIERCING

Quatre-vingts pour cent des participants ont réalisé leurs piercings dans un salon de tatouage/piercing.² Un nombre non négligeable de piercings, y compris au niveau de la langue et des organes génitaux, sont néanmoins effectués par des non-professionnels (un tiers ou la personne elle-même).²

Les techniques spécialisées les plus utilisées sont la perforation à l'aiguille ou au pistolet.⁴ Le piercing à l'aiguille est réalisé en perforant les tissus à l'aide d'une aiguille épaisse. Une canule en plastique est ensuite mise en place, permettant le retrait de l'aiguille et l'insertion d'une tige métallique provisoire, initialement plus longue que la tige définitive en raison de l'œdème des tissus induit par la

procédure. Après trois à cinq semaines (temps nécessaire à la réépithélialisation), une tige plus courte est mise en place.⁵ Le piercing au pistolet est souvent utilisé dans les bijouteries, mais pourrait s'avérer plus dangereux que la technique à l'aiguille, la pression délivrée lors de la mise en place du piercing pouvant léser les cartilages et les tissus mous (cf. infra). Cette technique est déconseillée par certaines associations professionnelles.

TYPES DE PIERCINGS UTILISÉS

La survenue d'un œdème, d'une infection, d'une hémorragie ou d'une réaction allergique peut nécessiter le retrait du piercing. Si la plupart des soignants sont familiarisés avec les boucles d'oreilles classiques (comportant une tige et un fermoir vissé ou clippé), ainsi qu'avec les créoles (dont l'anneau est fermé en le clippant), la grande variété de piercings peut par contre rendre leur retrait délicat et nécessite quelques connaissances préalables.

Les piercings les plus utilisés s'inspirent de certains modèles classiques (figure 1). Le piercing *barbell* est une barre droite avec une boule à chaque extrémité. Il est utilisé pour le piercing de la langue ou de l'arcade. Pour le retirer, il est nécessaire de dévisser les deux boules. Les boules peuvent



Figure 1. Principaux types de piercing

La plupart des piercings comprend un élément décoratif qui se visse ou se clippe.

Le *tunnel* est un cylindre vide en son centre, alors que le *plug* est plein. L'*anneau* est le plus souvent fermé par une boule qui se visse ou s'insère en écartant l'anneau.

Copyright CEMCAV CHUV (B. Jenny, N. Lurashi).

être remplacées par des éléments décoratifs. Il existe également des *microbarbell* pour les oreilles et les zones cartilagineuses.⁴ Le *labret* se compose d'une tige droite avec un disque (embout plat) à une extrémité et une boule ou un élément décoratif qui se clippe ou se visse à l'autre.⁴ Il est fréquemment utilisé pour le piercing des lèvres, des joues ou du menton, ou pour les zones cartilagineuses (nez, oreille). La *banane* est une barre courbe comprenant un élément décoratif et une boule vissable, et est principalement utilisée au niveau du nombril ou de l'arcade sourcilière. Le *fer à cheval* est formé de deux boules vissées au niveau de ses extrémités, de manière similaire à la *banane*. Il se porte à l'oreille, à la lèvre ou au niveau de l'arcade sourcilière. L'*anneau* est le plus souvent fermé par une boule qui se visse ou s'insère. Le *tunnel* et le *plug* sont des ornements cylindriques (creux pour le tunnel, plein pour le *plug*) portés au niveau du lobule de l'oreille (exceptionnellement au niveau de la lèvre inférieure). Un élargisseur est utilisé afin d'agrandir progressivement le diamètre du trou. L'*industriel* est un piercing double, principalement porté au niveau de l'oreille. L'hélic est perforé à deux endroits, les deux trous étant reliés par une barre transversale, fermée à chaque extrémité par une boule vissée. Le *studs* est le piercing le plus utilisé au niveau du nez et peut s'apparenter à un pin's (ou une puce d'oreille) placé sur la narine. Il est soit droit avec une boule à l'extrémité se trouvant dans la narine, soit en forme de L pour sa fixation, soit en forme de tire-bouchon. Son retrait peut être délicat et il est indispensable d'obtenir une information précise auprès du patient sur le type de fermeture et la manière de le retirer. Enfin, l'*étrier* est utilisé lors de piercing au niveau du mamelon.

COMPLICATIONS DES PIERCINGS ORAUX ET PÉRI-ORAUX

Les piercings oraux et péri-oraux sont les piercings pour lesquels la littérature médicale est la plus abondante. La prévalence des piercings oraux et péri-oraux varie, selon les études, de 0,8 à 12%, avec une moyenne calculée à 5,2% pour les jeunes adultes (âge moyen: 20,6 ans).⁶ La prévalence féminine (5,6%) est supérieure à celle des hommes (1,6%).

La localisation la plus fréquente est la langue, suivie des lèvres. La joue, le frein de la langue, le bord dorsal de la langue sont également des sites possibles. Des piercings au niveau de la luette sont décrits, bien qu'exceptionnellement en raison des difficultés de mise en place et des fréquents effets secondaires (nausées, pharyngite, dysphagie).⁷

Le piercing de la langue occasionne des complications locales, ainsi que des lésions secondaires intrabuccales (dentaires en particulier). Il existe une corrélation étroite entre la durée du piercing et le risque de complications, ces dernières pouvant ainsi être séparées en complications précoces (survenant lors de la pose ou durant la phase de cicatrisation) ou tardives.⁸

Complications inflammatoires

Dans les cinq jours qui suivent la réalisation d'un piercing, un œdème, un saignement léger, un hématome, une sensibilité, un léger écoulement séreux ou une ulcération dou-



Figure 2. Gingivite ulcéro-nécrotique transitoire survenue une semaine après la pose d'un piercing labial

Le liseré blanchâtre marque la nécrose de la partie supérieure du feston gingival.

loureuse sont considérés comme des réactions normales.⁷ L'inflammation initiale reste en général localisée (figure 2). Elle survient après six à huit heures et atteint un pic trois à quatre jours après la mise en place du piercing.⁹ L'introduction d'un dispositif de taille plus importante durant les premières semaines permet d'éviter l'incarcération du piercing dans les tissus œdématisés.⁵ De rares cas d'œdèmes dramatiques ont été décrits dans la littérature. Ces situations sont généralement dues à l'effet combiné d'un œdème et d'une hémorragie du plancher buccal, secondaire à une lésion de l'artère sublinguale lors de la mise en place du piercing. Le risque d'obstruction potentiellement létale des voies aériennes supérieures est alors réel.

Les troubles de l'élocution et de la mastication sont extrêmement fréquents.¹⁰ Ils se résolvent en général après quelques semaines, mais peuvent parfois persister et nécessiter le retrait du piercing. Une altération du goût pendant les dix premiers jours est également habituelle.

Complications hémorragiques

Lors de piercings oraux et péri-oraux, outre la réaction inflammatoire locale, la complication la plus souvent rapportée est le saignement, avec un risque d'hématome. La langue étant fortement vascularisée, elle présente un risque particulier d'hémorragie, principalement dans les suites immédiates. Bien que généralement bénigne, cette complication peut être significative, notamment en cas de troubles de la coagulation ou de prise de traitement antiagrégant ou anticoagulant.¹¹

Complications infectieuses

La vascularisation importante de la langue favorise la survenue de bactériémies lors de la mise en place du pier-



cing et lors des microtraumatismes continus induits par le piercing. Ces bactériémies passent inaperçues dans la majorité des cas, mais peuvent avoir des conséquences désastreuses chez des personnes présentant des pathologies valvulaires cardiaques, du matériel prothétique ou une immunosuppression (tableau 1).¹¹ Des cas d'abcès cérébraux, d'endocardites (en moyenne dans les cinq semaines après la pose du piercing) et d'angines de Ludwig ont ainsi été décrits lors de piercing oraux et péri-oraux.⁷

Afin de réduire le risque infectieux et d'améliorer le processus de cicatrisation, il est recommandé d'effectuer quotidiennement des rinçages buccaux à l'aide d'une solution désinfectante ou d'une solution saline. Il est également recommandé d'éviter le tabac, l'alcool et la nourriture salée, acide et épicée, ainsi que les rapports sexuels oraux durant toute la période de cicatrisation. Après cette phase, le piercing devrait être retiré une fois par jour pour être nettoyé.¹¹ L'accumulation de nourriture au niveau du piercing favorise en effet la formation de tartre et le développement d'un environnement propice aux infections.¹⁰

Complications dentaires

Les complications dentaires et gingivales apparaissent en général après un délai de trois ans.^{11,12} Plus le piercing a été porté longtemps, plus le patient est à risque de complications. Elles vont de l'hypersensibilité de la dentine, par lésion de l'émail, à la fracture dentaire. Le déchaussement gingival est fréquent et la taille ainsi que le poids du bijou jouent un rôle important, le risque étant accru si le bijou est grand et lourd. Une tension est en effet créée par le piercing sur les fibres musculaires du muscle génio-glosse, qui s'insèrent sur la face interne de la mandibule jusqu'au collet des incisives. La tension induite sur la gencive est à l'origine de récessions gingivales, mais aussi de pertes osseuses, pouvant nécessiter l'extraction des incisives chez de jeunes adultes, entraînant un préjudice esthétique sévère.

Les complications sont favorisées par les tics des patients qui jouent avec le piercing en le plaçant entre deux dents ou en le mordant, induisant des microtraumatismes et des lésions dentaires répétés (figures 3 et 4). Les molaires sont plus facilement atteintes que les incisives, avec



Figure 4. Persistance de l'érosion dentaire après dépose du piercing

essentiellement des fractures simples de l'émail.⁷ La longueur du piercing est également un facteur favorisant la survenue de lésions dentaires. Plus le piercing est long, plus il comporte un risque de lésions gingivales, rappelant l'importance de changer de dispositif après cicatrisation, en optant pour un piercing de plus petite taille. Les bijoux métalliques entraîneraient plus de dégâts que les piercings en plastique ou en résines acryliques.

Une augmentation de la salivation constitue enfin une complication fréquente, en raison de la présence du corps étranger, avec des conséquences également sur l'hygiène dentaire. Un contrôle régulier chez le dentiste est donc préconisé lors de port de piercings oraux et péri-oraux.

Autres complications

Comme pour tout autre dispositif invasif, une réaction allergique au nickel, au chrome ou à un autre métal peut se développer, nécessitant alors le retrait du piercing. D'autres complications, telles que douleurs neurogènes suite à des lésions nerveuses au niveau de la langue, cicatrisation anormale ou traumatisme occasionnant une lacération de la langue (langue bifide) sont possibles.¹² Le piercing peut également s'incarcérer dans les tissus, entraînant la formation d'un granulome à corps étranger. Cette réaction du système immunitaire concernerait jusqu'à 6% des porteurs de piercings oraux.¹³

Le risque d'ingestion ou d'aspiration du piercing doit également être pris en compte, en particulier lors de procédure d'intubation orotrachéale pour une anesthésie générale.¹⁴ Finalement, les piercings peuvent générer des images artéfactuelles (*ghost images*) sur les radiographies et tomographies numérisées de la sphère maxillo-faciale.

COMPLICATIONS DES PIERCINGS DE L'OREILLE ET DU NEZ

Oreilles

Selon certaines études, jusqu'à 35% des personnes rapportent une ou plusieurs complications liées à un piercing de l'oreille, pouvant aller de l'infection mineure à la réaction allergique, en passant par la formation de chéloïdes ou la déchirure du lobule de l'oreille.¹⁵



Figure 3. Erosion de l'émail de la dent 31 suite au port d'un piercing sphérique
Tic de succion du piercing.

Les infections constituent les complications sévères les plus fréquentes. Les piercings de la portion cartilagineuse de l'oreille deviennent de plus en plus populaires. Leur cicatrisation est moins bonne et le risque infectieux est accru en raison du caractère peu vascularisé de cette région (figure 5). La périchondrite se caractérise par un œdème douloureux et par un érythème du pavillon de l'oreille épargnant le lobule (ce qui la différencie de l'infection cutanée). Elle survient plus fréquemment lors de l'utilisation d'un pistolet pour réaliser le piercing, en raison des lésions cartilagineuses provoquées par les pressions appliquées pour positionner le piercing. Une déformation importante et disgracieuse est une complication classique de ce type d'infection. Les germes habituellement mis en cause sont le *Pseudomonas aeruginosa*, le *Staphylococcus aureus* et le *Streptococcus pyogenes*.¹⁶ Si les infections localisées superficielles répondent bien à une désinfection locale et à un traitement antibiotique topique, les périchondrites nécessitent impérativement un traitement antibiotique PO. En cas d'abcès, un drainage chirurgical avec pansement compressif transfixiant est préconisé, afin d'éviter une nécrose du cartilage et une déformation définitive du pavillon.¹⁵

Les dermatites de contact dues à l'allergie au nickel (et dans une moindre mesure à l'or ou à l'argent) sont fréquentes et présentent également un risque de surinfection bactérienne.¹⁶ Elles sont traitées par éviction du métal incriminé (retrait du piercing) et corticostéroïdes topiques.

Lors d'infection ou de dermatite de contact, l'œdème des tissus peut nécessiter le retrait du piercing en raison de son incarceration. Dans ces situations, il est possible d'introduire

transitoirement des cathéters stériles dans la cavité, afin de préserver sa perméabilité pendant la durée du traitement. Un fil de suture ou un morceau de Venflon constitue un moyen alternatif. Le piercing sera remis en place six à huit semaines après la résolution de l'œdème.

Une déformation du trou du lobule est fréquemment constatée, pouvant aller jusqu'à la déchirure complète. Ce phénomène est favorisé par le port de lourds ornements. Dans ce cas, une chirurgie réparatrice implique l'excision des tissus fibreux pour reconstruire un lobule. Il est nécessaire d'attendre une cicatrisation complète, soit trois à six mois, avant d'y insérer un nouveau piercing. Les déchirures traumatiques du lobule sont rares et surviennent lors d'accidents de sport ou lors de violences interpersonnelles. Elles nécessitent une prise en charge immédiate. Une déchirure du lobule peut également être observée lors de l'utilisation d'élargisseurs, avant la pose de *tunnel* ou de *plug*.

Les oreilles sont un lieu propice à la formation de chéloïdes.¹² Les peaux pigmentées présentent un risque accru de développer ce type de complication et leur incidence est augmentée durant l'adolescence, période précisément en lien avec la pose d'un premier piercing. Le traitement de ces lésions aboutit rarement à un résultat parfait. De nombreuses techniques sont possibles, allant de l'injection de corticostéroïdes-dépôt, à l'excision chirurgicale, en passant par la compression continue par plaques de silicone. La radiothérapie a été utilisée, mais son emploi reste controversé en raison du risque de néoplasies radio-induites.

Nez

La majorité des piercings du nez sont placés au niveau des cartilages alaires, avec des complications similaires à celles du pavillon auriculaire. Certains piercings sont par contre placés au niveau du septum nasal. Idéalement, le dispositif devrait être placé dans les tissus mous situés antérieurement et inférieurement au cartilage septal, mais certains cas de piercing au travers du cartilage septal lui-même ont été décrits. Ce geste comporte un fort risque de complications, telles que l'hémorragie, la perforation septale ou la nécrose septale complète (avec des conséquences esthétiques et fonctionnelles). En cas d'atteinte du septum, le risque infectieux est également important, nécessitant une antibiothérapie intraveineuse, ainsi qu'un geste chirurgical de drainage. Le risque d'aspiration ou d'ingestion accidentelle d'un piercing nasal existe également.

COMPLICATIONS DES AUTRES TYPES DE PIERCING ?

La douleur, les réactions inflammatoires, les complications infectieuses locales et les réactions allergiques peuvent survenir, quel que soit le site du piercing. Lors de piercing au niveau du nombril, la transpiration et les frottements induisent une cicatrisation plus lente et favorisent un environnement propice aux infections.¹⁶ Une migration du piercing avec son incarceration dans les tissus est possible chez les personnes en surpoids ou lors d'une grossesse.

Le piercing des mamelons implique une longue cicatrisation et comporte un risque infectieux non négligeable, pouvant conduire à la formation d'abcès. Il peut également



Figure 5. Abscès auriculaire après pose de piercing

Photographie Copyright Dr. B. Ghorayeb.
www.ghorayeb.com/earpiercingcomplications.html



interférer avec l'allaitement. Enfin, si les piercings génitaux augmenteraient la sensibilité sexuelle, ils favorisent également la survenue de difficultés mictionnelles, d'infections, de paraphimosis ou de priapisme, et peuvent empêcher la mise en place d'un cathéter dans les voies urinaires (sondage vésical).¹⁷⁻¹⁹

RISQUES DE TRANSMISSION DE MALADIES INFECTIEUSES PAR LE PIERCING

Une transmission du virus VIH, papillomavirus humain (HPV) ou des hépatites B, C ou D lors de la pose d'un piercing est théoriquement possible.^{20,21} A l'heure actuelle, il n'existe pas de cas rapporté de transmission du VIH lors d'un piercing, ni d'étude permettant d'apprécier ce risque. Des données relativement anciennes semblent par contre confirmer un risque de transmission d'hépatite virale.¹⁸ Une revue de la littérature concernant les risques de transmission de l'hépatite C lors de piercing ou de tatouage a montré une légère augmentation du risque de transmission du virus de l'hépatite C lorsque le tatouage ou le piercing était effectué par un non-professionnel.²² La présence d'un piercing génital pourrait aussi potentiellement favoriser le risque de transmission d'infections.¹⁹

Des infections par *Clostridium tetani* ont été rapportées dans la littérature, les bacilles étant transmis par contamination des kits d'auto-implantation en vente libre (et qui, contrairement aux croyances des acheteurs, ne sont généralement pas stériles).²³

RÉGLEMENTATION À PROPOS DU PIERCING EN SUISSE

Des dispositions concernant les exigences pour les matériaux utilisés lors de tatouage, de maquillage permanent ou de piercing, sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2006 et font partie de l'Ordonnance sur les objets destinés à entrer en contact avec le corps humain.²⁴ Dans la législation fédérale, tous les points, tels que l'équipement des studios ou la formation des intervenants, ne sont cependant pas réglés. Avec le soutien de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), un groupe de travail, composé d'experts dans ces domaines, a élaboré des «Directives pour de bonnes pratiques de travail dans le domaine du tatouage, maquillage permanent, piercing et pratiques associées», ainsi que pour le «nettoyage et la désinfection des instruments destinés aux tatouages, piercings et maquillages permanents».²⁵ Il existe parallèlement un organe indépendant qui propose aux salons de tatouages ou de piercings de se faire certifier une fois par année (label de qualité), de manière volontaire, en évaluant le respect des directives. Des réglementations similaires existent dans la plupart des pays européens, ainsi qu'au niveau de l'Union européenne.²⁶ Enfin, certaines sociétés professionnelles (médecins-dentistes en particulier) ont émis des réserves vis-à-vis de la pratique du piercing.²⁷

PIERCING ET DON DU SANG

En Suisse, une personne venant d'effectuer un piercing ne peut pas donner son sang pendant une durée minimale de

quatre mois. Ce délai est imposé par le Service de transfusion de la Croix Rouge Suisse en raison d'un risque de transmission de maladies telles que le VIH et les hépatites. Il est basé sur le temps nécessaire pour que les sérologies deviennent positives en cas de contamination par un de ces virus.

CONCLUSION

Hormis les réactions inflammatoires et les infections locales, les complications liées aux piercings sont peu connues. Les personnes ne sont en général pas informées des risques avant de réaliser un piercing, et leurs antécédents, traitements médicamenteux ou comorbidités éventuelles sont largement négligés par les personnes qui réalisent le geste. Les complications sont le plus souvent locales et bénignes, mais des complications sérieuses et parfois même mortelles ont été décrites dans la littérature. ■

Remerciements

Les auteurs remercient le CEMCAV-CHUV (B. Jenny, N. Lumarshi, P. Dutoit) et le Dr B. Ghorayeb pour leurs aides précieuses.

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Le port du piercing est en augmentation, essentiellement chez les adolescents et les jeunes adultes
- > Le médecin généraliste est souvent le premier consulté lors de complications liées au piercing ou lors de demande de conseils
- > Les complications sont le plus souvent bénignes, mais, en fonction des facteurs de risque, peuvent parfois mettre en jeu le pronostic vital
- > Les complications sont le plus souvent de type infectieux, mais impliquent également des complications locales (œdème, hémorragie, lésions dentaires, allergie) et systémiques (bactériémie, transmission virale)
- > Les acteurs du domaine ne sont pas sensibilisés aux risques médicaux de leurs clients (antécédents, médicaments), pouvant avoir une influence sur le développement ultérieur de complications
- > Le traitement des complications repose la plupart du temps sur une ablation du piercing; plusieurs dispositifs de fermeture existent et doivent être pris en compte pour le retrait du matériel



Adresses

Drs Lauriane Friedrich et Pierre-Nicolas Carron
Pr Bertrand Yersin
Service des urgences
Dr Carlos Madrid
Service de stomatologie et de médecine dentaire
PMU et
Unité de stomatologie et de médecine dentaire
pédiatriques
Département médico-chirurgical de pédiatrie
Hôpital de l'Enfance
CHUV, 1011 Lausanne
lauriane.friedrich@chuv.ch
bertrand.yersin@chuv.ch
pierre-nicolas.carron@chuv.ch
carlos.madrid@hospvd.ch

Dr Micaela Ödman-Jaques
Rue Centrale 21, 1110 Morges
orl.morges@bluewin.ch

Bibliographie

- 1 * Kluger N. Tattooing and piercing: An underestimated issue for the immunocompromised patients? *Presse Med* 2013;42:791-4.
- 2 ** Bone A, Ncube F, Noah ND, et al. Body piercing in England: A survey of piercing at sites other than ear-lobe. *BMJ* 2008;336:1426-8.
- 3 Gill B, Karp JM, Kopycka-Kedzierawski DT. Oral piercing injuries in United States emergency departments 2002-2008. *Ped Dentistry* 2012;34:556-60.
- 4 Khanna R, Kumar SS, Raju BS, et al. Body piercing in the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1999;16:418-21.
- 5 * Jeger F, Lussi A, Zimmerli B. Piercings et bijoux buccaux: un aperçu. *Rev Mens Suisse Odontol Stomatol* 2009;119:624-31.
- 6 Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. The prevalence of oral and peri-oral piercings in young adults: A systematic review. *Int J Dent Hyg* 2012;10:223-8.
- 7 Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. Complication of oral and peri-oral piercings: A summary of case reports. *Int J Dent Hyg* 2011; 9:101-9.
- 8 Vieira EP, Riberiro Riberiro AL, Alves S, et al. Oral piercings: Immediate and late complications. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:3032-7.
- 9 Escudero-Castano N, Perea-García MA, Bascones-Martinez A, et al. Oral and perioral piercing complications. *Open Dent J* 2008;2:133-6.
- 10 Fortes G, Luiz Rasmussen T, Marin C, et al. Health risks and complications associated with the use of intra-oral and perioral piercing: Knowledge of young adults. *Revista Sul-Brasileira Odontologia* 2012;9:421-6.
- 11 Maheu-Robert LF, Andrian E, Grenier D. Overview of complications secondary to tongue and lip piercings. *J Can Dent Assoc* 2007;73:327-31.
- 12 Pleeas A, Pepelassi E. Dental and periodontal complications of lip and tongue piercing: Prevalence and influencing factors. *Austr Dental J* 2012;57:71-8.
- 13 Lopez-Jornet P, Navarro-Guardiola C, Yanez-Gascon J, et al. Oral and facial piercings: A case series and review of the literature. *Int J Dermatol* 2006;45: 805-9.
- 14 Schwemmer U, Lintner M. Oral piercing: Risk of aspiration. *Eur J Anesthesiol* 2005;22:723-32.
- 15 Lane JCE, O'Toole G. Complications of ear rings. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012;65:747-51.
- 16 ** Meltzer DI. Complications of body piercing. *Am Fam Physician* 2005;72:2029-32.
- 17 Ferguson H. Body piercing. *BMJ* 1999;319:1627-9.
- 18 Halliday KA. Body piercing: Issues and challenges for nurses. *J Forens Nurs* 2005;1:45-56.
- 19 Kluger N. Piercing génitaux: épidémiologie, aspects socioculturels, sexualité et complications. *Presse Med* 2012;41:21-31.
- 20 Hayes MO, Harkness GA. Body piercing as a risk factor for viral hepatitis: An integrative research review. *Am J Infect Control* 2001;29:271-4.
- 21 Handrick W, Nenoff P, Müller H, et al. Infektion durch Piercing und Tattoos – eine Übersicht. *Wien Med Wschr* 2003;153:194-7.
- 22 Tohme RA, Holmberg SD. Transmission of hepatitis C virus infection through tattooing and piercing: A critical review. *Clin Infect Dis* 2012;54:1167-78.
- 23 Sampson CS. Tetanus after home piercing. *J Emerg Med* 2013;45:95-6.
- 24 Ordonnance du DFI du 23 novembre 2005 sur les objets en contact avec les muqueuses, la peau, ou le système pileux et capillaire RS 817.023.41: www.admin.ch/ch/fr/rs/c817_023_41.html
- 25 * Directives pour de «Bonnes pratiques de travail» dans le domaine du tatouage, du maquillage permanent et du piercing. www.bag.admin.ch/themen/lebensmittel/04861/04987/05010/index.html?lang=fr
- 26 Civatte J, Bazex J. Piercing et tatouages: la fréquence des complications justifie une réglementation. *Bull Acad Natl Med* 2007;191:1919-38.
- 27 Société suisse d'odonto-stomatologie. 2007 www.sso.ch/index.cfm?6A082BAED9D9424C4CDCC74D2AC2BA39

* à lire

** à lire absolument