



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD-LYON 1

U.F.R D'ODONTOLOGIE

Année 2024

THESE N° 2024 LYO1D 015

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

Présentée et soutenue publiquement le :
8 mars 2024

Par
Sophie Colafrancesco-Sauthier
Née le 08/07/1999 à Pierre Bénite

Troubles du comportement alimentaire : l'approche du chirurgien-dentiste

JURY

Monsieur le Professeur Olivier ROBIN

Président

Madame la Professeure Béatrice THIVICHON-PRINCE

Assesseur

Monsieur le Professeur Cyril VILLAT

Assesseur

Monsieur le Docteur Damien CABRITA

Assesseur

Monsieur le Docteur Carl DOUSSE

Membre invité

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique

Hamda BEN HADID

Vice-Président du Conseil d'Administration

Philippe CHEVALIER

Vice-Présidente de la Commission Formation

Céline BROCHIER

Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires

Jean François MORNEX

Directeur général des services

Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est

Gilles RODE

Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux

Philippe PAPAREL

Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB) Claude DUSSART

Doyen de l'UFR d'Odontologie

Jean-Christophe MAURIN

Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR) Jacques LUAUTÉ

Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales

Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directrice de l'UFR Biosciences

Kathrin GIESELER

Directeur de l'UFR Faculté des Sciences

Bruno ANDRIOLETTI

Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Guillaume BODET

Directeur de Polytech Lyon

Emmanuel PERRIN

Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)

Michel MASSENZIO

Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)

Nicolas LEBOISNE

Directeur de l'Observatoire de Lyon

Bruno GUIDERDONI

Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)

Pierre CHAREYRON

Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)

Rosaria FERRIGNO

Directrice du Département-composante Informatique

Saida BOUAZAK BRONDEL

Directeur du Département-composante Mécanique

Marc BUFFAT

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités-Praticien hospitalier

Vices-Doyens : Pr. Cyril VILLAT, Professeur des Universités - Praticien hospitalier

Vices-Doyens : Pr. Maxime DUCRET, Professeur des Universités - Praticien hospitalier

Vices-Doyens : Pr. Brigitte GROSGOGEAT, Professeure des Universités - Praticien hospitalier

SOUS-SECTION 56-01 : **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Professeurs des Universités-PH : M. Jean-Jacques MORRIER,
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE

Maître de Conférences-PH : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER

Maître de Conférences Associée : Mme Guillemette LIENHART

SOUS-SECTION 56-02 : **PREVENTION – EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités-PH : M. Denis BOURGEOIS

Maître de Conférences-PH : M. Bruno COMTE

Maître de Conférences Associé : M. Laurent LAFOREST

SOUS-SECTION 57-01 : **CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE**

Professeur des Universités-PH : M. Jean-Christophe FARGES, Mme Kerstin GRITSCH

Maîtres de Conférences-PH : Mme Doriane CHACUN, M. Thomas FORTIN, Mme Marie-Agnes GASQUI DE SAINT-JOACHIM, M. Arnaud LAFON, Mme Kadiatou SY, M. François VIRARD

Maîtres de Conférences Associés : Mme Ina SALIASI

SOUS-SECTION 58-01 : **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX**

Professeurs des Universités-PH : M. Pierre FARGE, Mme Brigitte GROSGOGEAT, M. Maxime DUCRET, M. Christophe JEANNIN, M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Catherine MILLET, M. Olivier ROBIN, Mme Sarah MILLOT, M. Cyril VILLAT

Maîtres de Conférences-PH : M. Patrick EXBRAYAT, Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLIER, Mme Sophie VEYRE, M. Stéphane VIENNOT

Maîtres de Conférences Associés : M. Hazem ABOUELLEIL-SAYED

SECTION 87 : **SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**

Maître de Conférences : Mme Florence CARROUEL

À notre Président de Jury,

Monsieur le Professeur Olivier ROBIN

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon - Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur d'État en Odontologie

Doyen Honoraire de l'UFR d'Odontologie de Lyon

Habilité à Diriger des Recherches

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements au cours de notre cursus.

Nous vous remercions pour votre implication, votre gentillesse et votre passion de l'enseignement. Veuillez trouver, par ces quelques mots, toute la considération et le respect que nous vous portons.

A notre directeur de thèse et membre invité,

Monsieur le Docteur Carl DOUSSE

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Merci de nous avoir fait l'honneur d'assumer la direction de cette thèse.

Nous avons particulièrement apprécié votre disponibilité, votre bienveillance et votre soutien ainsi que la pertinence de vos remarques. La passion que vous portez à ce métier malgré une jeune expérience nous inspire énormément, nous vous portons pour cela une grande admiration.

Nous vous prions de trouver par cette thèse, l'expression de notre gratitude et plus sincère respect pour tout ce que vous nous avez apporté.

A notre co-directrice de thèse,

Madame le Professeur Béatrice THIVICHON-PRINCE

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon - Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Habillée à Diriger des Recherches

Responsable de la sous-section d'Odontologie Pédiatrique

Nous sommes très touchés que vous ayez accepté de co-diriger cette thèse. Nous vous remercions très sincèrement pour votre accompagnement lors de la préparation et la réalisation de ce travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques tout au long de notre cursus.

Vos conseils précieux nous ont permis de progresser et d'évoluer dans notre pratique et dans le relationnel avec les patients.

Nous vous remercions pour votre rigueur, votre justesse mais aussi votre sympathie. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

A nos membres du jury,

Monsieur le Professeur Cyril VILLAT

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon - Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien Interne en Odontologie

Docteur de l'École Centrale Paris

Habilité à Diriger des Recherches

Responsable du département Dentisterie Restauratrice – Endodontie

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger au sein de notre jury de thèse.

Nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude pour vos enseignements au cours de notre

période de pré-clinique et pendant nos années passées au sein des Hospices Civils de Lyon.

Vos conseils précieux nous ont permis de progresser et d'évoluer dans notre pratique, dans le

cadre de la technicité de celle-ci.

Votre patience et votre expérience ont grandement contribué à notre développement

professionnel. Nous sommes reconnaissants d'avoir eu l'opportunité de bénéficier de votre savoir.

Avec notre profonde gratitude, nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Damien CABRITA,

Chef de Clinique des Universités - Assistant Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Merci de nous faire l'honneur de participer à notre soutenance de thèse. Notre expérience avec votre enseignement a été très enrichissante. Nous vous remercions pour votre bienveillance à notre égard durant notre parcours clinique, vos précieux conseils, votre bonne humeur et le partage de votre métier qui semble autant vous passionner. Veuillez trouver ici notre profonde reconnaissance et nos remerciements les plus sincères.

Table des matières

TABLE DES ABREVIATIONS	11
I. INTRODUCTION	12
II. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	14
1. DEFINITION	14
2. LES DIFFERENTES FORMES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRES	15
1.1. <i>Anorexie mentale</i>	15
1.2. <i>Boulimie nerveuse</i>	17
1.3. <i>Hyperphagie boulimique</i>	18
3. MANIFESTATIONS SUR L'ETAT GENERAL	19
4. FACTEURS ETIOLOGIQUES	22
5. FACTEURS DECLENCHANTS	23
III. ROLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE SUR LES TCA	24
1. L'IMPORTANCE DE LA DETECTION	24
2. LA CONSULTATION	24
3. LA COMMUNICATION	25
3.1. <i>Étude chez des patientes souffrant de TCA</i>	25
3.2. <i>La communication entre le patient souffrant de TCA et le chirurgien-dentiste, un sujet difficile à aborder (25)</i>	26
IV. REPERCUSSIONS DES TCA SUR LA SPHERE ORALE	28
1. ÉROSION	28
1.1. <i>Caractéristiques</i>	28
1.2. <i>Diagnostic</i>	29
1.3. <i>Diagnostic différentiel</i>	34
1.4. <i>Mesures préventives</i>	35
2. ABRASION (7)	36
3. PARA FONCTIONS DE L'APPAREIL MANDUCATEUR (7)	37
4. MALADIE CARIEUSE ACTIVE	38
4.1. <i>Les lésions carieuses et la boulimie nerveuse</i>	38
4.2. <i>L'apport du sucre dans l'évolution de la lésion carieuse chez les patients atteints d'hyperphagie boulimique et de boulimie nerveuse</i>	39
4.1. <i>Classification ICDAS (33)</i>	42
5. LESIONS DES TISSUS PARODONTAUX	43
5.1. <i>Les maladies parodontales (20)</i>	43
5.2. <i>Facteurs à l'origine d'une inflammation gingivale</i>	44
5.3. <i>Récessions gingivales (7)</i>	45
5.4. <i>Autres types de lésions muqueuses</i>	46
6. TAUX SALIVAIRES	47
6.1. <i>Rôle de la salive</i>	47
6.2. <i>Études comparatives des taux salivaires chez des patients atteints de TCA</i>	47
6.3. <i>Conséquences des carences nutritionnelles</i>	48
7. AUTRES AFFECTIONS DE LA CAVITE BUCCALE	49
7.1. <i>Hypersensibilités dentinaires (7)</i>	49
7.2. <i>Algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur (ADAM) (7)</i>	49
7.3. <i>Esthétique (7)</i>	49

V. PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE	50
1. APPROCHE DU CHIRURGIEN-DENTISTE	50
2. RECOMMANDATIONS DE LA HAS (17).....	53
3. APPROCHE DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	54
4. NOTION D'EQUIPE MEDICALE.....	56
VI. ENQUETE AUPRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES EN FRANCE EN 2023	57
1. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	57
1.1. <i>Problématique</i>	57
1.2. <i>Hypothèse</i>	57
1.3. <i>Objectifs de l'étude</i>	57
2. METHODE	58
2.1. <i>Déroulement de l'étude</i>	58
2.2. <i>Présentation du questionnaire</i>	58
2.3. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	58
3. RESULTATS STATISTIQUES.....	59
3.1. <i>Première partie : Préambule</i>	59
3.2. <i>Seconde partie : Approches clinique et psychologique</i>	62
4. DISCUSSION	67
4.1. <i>Analyse des résultats</i>	67
4.2. <i>Limites de l'étude</i>	69
VII. DEVELOPPEMENT D'UN OUTIL D'EVALUATION.....	70
1. OBJECTIFS DE LA CREATION D'UN OUTIL D'EVALUATION	70
2. QUEL TYPE D'OUTIL ?	71
2.1. <i>Présentation des tableaux</i>	71
2.2. <i>Deux outils à tester</i>	74
VIII. CONCLUSION	75
TABLE DES TABLEAUX	77
IX. BIBLIOGRAPHIE.....	78

Table des abréviations

TCA : Troubles du comportement alimentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

TCC : Thérapie cognitivo—comportementale

RGO : Reflux gastro-œsophagien

RCI : Risque carieux individuel

HBD : Hygiène bucco-dentaire

DMFS : Decayed, Missing, and Filled permanent teeth or Surfaces

ICDAS: International Caries Detection and Assessment System

VAI : Vomissements auto-induits

PEM : Malnutrition protéino-énergétique

ADAM : Algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur

ATM : Articulation temporo-mandibulaire

RMM : Rapport maxillo-mandibulaire

I. Introduction

De nos jours, l'apparence prend une place considérable dans l'esprit de la population et plus particulièrement dans les pays occidentaux. Les normes sociétales, économiques et culturelles compromettent l'image du corps et la confiance en soi. Un culte de la minceur à travers les réseaux sociaux et les médias est prôné au quotidien avec un phénomène de « grossophobie » qui s'accroît parallèlement. (1)

Toutefois, ces normes sont en contradiction avec le contexte actuel qui propose une alimentation de plus en plus mauvaise où la « junk-food » (malbouffe) et les « fast-food » (restauration rapide) sont de plus en plus présents. On compte une augmentation du nombre de fast-food en France d'un peu plus de 50 % en dix ans, passant de 2 981 enseignes en 2011 à 4 473 en 2021. (2) En outre, l'augmentation considérable des taux d'obésité est devenue un problème majeur ces dernières années. Selon l'Institut nationale de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le nombre de personnes en situation d'obésité ne cesse d'augmenter à un rythme rapide depuis 1997. Elles représentaient 8,5 % de la population française en 1997, 15 % en 2012 et 17 % en 2020. (3) En parallèle, pour certains, l'importance de l'apparence et donc d'une alimentation saine tend à devenir une obsession. Ce phénomène s'appelle l'orthorexie.

Ces normes encouragent l'apparition de troubles de la conduite alimentaire ou troubles du comportement alimentaire (TCA). Ces perturbations sont associées à des attitudes restrictives ou compulsives et sont considérées par les professionnels médicaux comme des troubles mentaux. D'après le DSM-5 (Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux), un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. (4)

Les troubles mentaux sont très présents dans la société actuelle en raison de leur fréquence et de leurs conséquences. La maladie mentale et les troubles psychiques touchent près d'1/5 de la population, soit environ 13 millions de Français (données OMS). (5) Les chirurgiens-dentistes sont donc susceptibles de rencontrer un patient atteint d'un trouble psychiatrique.

Or, les troubles des conduites alimentaires sont parmi les maladies psychiatriques ayant le plus grand impact sur les soins dentaires.

Ces comportements pathologiques vont au-delà des cas classiques d'anorexie mentale ou de boulimie communément connus de la population et incluent, en plus de ces troubles spécifiques, une large variété de manifestations cliniques caractérisées par des perturbations du comportement alimentaire. (6)

Dans ce travail de thèse, les différents troubles du comportement alimentaire seront décrits ainsi que le rôle du chirurgien-dentiste dans leur détection et leur prise en charge. Les répercussions des TCA sur la sphère orale seront ensuite abordées ainsi que la prise en charge pluridisciplinaire que ces pathologies impliquent. L'enquête principale de cette thèse sera ensuite présentée : une étude menée auprès d'étudiants et de chirurgiens-dentistes en France. Enfin, des outils d'évaluation des TCA seront proposés.

II. Troubles du comportement alimentaire

1. Définition

Les troubles de la conduite alimentaire sont caractérisés par une obsession de la nourriture, du poids et de l'apparence. Les formes peuvent être variées et vont de simples habitudes nocives à des comportements addictifs et des tocs associés. (7)

Ces perturbations vont affecter négativement la santé, les relations sociales et la vie quotidienne en général du patient. Un trouble du comportement vis-à-vis de la nourriture reflète un mal-être psychologique qui nécessite la présence et l'écoute des proches, une précaution de langage et une attitude bienveillante sans jamais faire culpabiliser la personne concernée. (8)

Le point commun à tous les troubles du comportement alimentaire repose sur l'importance d'un diagnostic précoce afin d'intercepter le plus rapidement possible ces conduites qui sont le plus souvent addictives et aux conséquences parfois tragiques. (7)

Concernant les données épidémiologiques des TCA, l'estimation de la prévalence est difficile. En effet, les personnes touchées par ces troubles ont tendance à nier ou à minimiser leurs maladies, ce qui peut les conduire à éviter une aide professionnelle. On suppose donc que les valeurs sont supérieures à celles décrites, soit 1 personne sur 5 selon l'OMS.

La journée mondiale de sensibilisation aux TCA du 2 juin 2022 nous rapporte des données récentes et issues d'une synthèse de la littérature internationale. Les chiffres les plus fréquemment retrouvés rapportent un nombre de 900 000 personnes souffrant de TCA avérés. Cette estimation est établie à partir de données de la littérature internationale (anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulistique et autres troubles non spécifiés) et de celles de l'INSEE concernant l'estimation de la population française. C'est une estimation basse, qui ne prend pas en compte ce que l'on appelle le « spectre des TCA » par analogie avec d'autres troubles psychiatriques. (9)

Ces troubles mettent en évidence le rapport complexe de notre société avec l'alimentation et constituent un réel problème de santé publique. (10)

2. Les différentes formes des troubles du comportement alimentaires

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), ces pathologies sont décrites comme des troubles comportementaux visant à contrôler le poids tout en altérant la santé physique mais également l'aspect psycho-social de la personne sans oublier l'affection médicale que cela engendre. (10) (11)

Il existe un large éventail de troubles mais les trois plus courants sont l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et plus récemment décrite, l'hyperphagie boulimique. Malgré un certain nombre de symptômes psychologiques et comportementaux communs, les troubles diffèrent considérablement par leur évolution, leur pronostic et leurs indications thérapeutiques. (4)

1.1. Anorexie mentale

Elle se caractérise par une restriction sévère de l'apport alimentaire et le refus de maintenir un poids corporel minimal. Les patients anorexiques croient souvent être en surpoids alors que leur poids est manifestement insuffisant. (12)

Le déni de la pathologie exprimé par une partie des patients explique les difficultés d'estimation de la prévalence de l'anorexie mentale.

Selon la revue de la littérature de Keski *et al.* (2016), la prévalence chez les femmes européennes est évaluée entre 1 à 4 %. (10) Aux Etats-Unis, l'anorexie mentale est la troisième maladie chronique chez l'adolescente après l'obésité et l'asthme, dans la tranche de population des 15-19 ans. (13)

Cependant, selon la HAS, aucune donnée officielle d'incidence ou de prévalence n'est disponible en France. Elles varient dans tous les cas en fonction de l'âge et de la localisation. (11) De plus, à la différence d'autres pays, les adolescents en France sont majoritairement suivis par des médecins généralistes plutôt que par des pédiatres, ce qui complique le recueil d'informations épidémiologiques. (10)

Toutefois, selon le référentiel des Collèges sur la Nutrition (2015), la prévalence est estimée entre 0,5% et 2,2% chez la femme, sachant qu'il existe un ratio homme/femme équivalent à 1/10.

(14) On constate également que les adolescents sont particulièrement touchés dans les pays industrialisés, et ce d'autant plus qu'ils appartiennent à des classes sociales moyennes et élevées. La moyenne d'âge est de 17 ans avec deux pics de fréquence : un à 14 ans, l'autre à 19 ans. Il existe également des anorexies pré-pubères (avant 10 ans) et d'autres plus tardives, après 25-30 ans. (15) (16)

Concernant les pays considérés moins industrialisés, il est justifié d'évoquer l'hypothèse d'un manque de données. Des priorités de santé publique, plus importantes en termes de prévalence et de gravité, étant présentes, il est possible que les TCA soient relayés au second plan.

L'étiologie de cette maladie est en grande partie inconnue. Cependant, une interaction complexe de facteurs hormonaux, psychologiques, génétiques et sociaux est observée. Les patients ont, pour la plupart du temps, une faible estime de soi et le désir de contrôler leur existence. (12)

Contrairement à l'origine de ce trouble, les critères pour le diagnostiquer sont quant à eux bien définis. Les quatre principaux sont les suivants :

- Une mauvaise perception de son poids
- Une volonté d'éviter à tout pris un poids dit « normal »
- La crainte et la haine de l'obésité, un régime sera donc entrepris malgré un indice corporel largement en dessous des normes (entre 20 et 25)
- Une aménorrhée (12)

D'autres signes cliniques sont également évocateurs d'anorexie mentale telle qu'une diète qui commence en général à l'adolescence et qui devient au fil du temps une spirale incontrôlable se traduisant par un régime alimentaire strict et une activité sportive accrue. On observe également souvent un abus de laxatifs et de diurétiques, ainsi que des vomissements auto-induits. Ces habitudes nocives peuvent déboucher sur un syndrome dépressif pour certains patients qui pousseront parfois au suicide. (12)

Heureusement, des traitements existent pour cette pathologie tels que la thérapie cognitivo—comportementale et, dans les cas sévères, une hospitalisation pour une supplémentation alimentaire. Le soutien social est quant à lui indispensable pour surmonter cette maladie. (12)

1.2. Boulimie nerveuse

La boulimie nerveuse se caractérise par une hyperphagie, correspond à une ingestion excessive de nourriture, suivie de vomissements autoprovoqués. Si le poids corporel est généralement normal, une perte de poids peut également être retrouvée, toutefois moins sévère que dans les cas de l'anorexie mentale.

La boulimie nerveuse est beaucoup plus répandue que l'anorexie mentale, on parle d'une ampleur presque épidémique chez les étudiantes. Elle toucherait plus de 10% des femmes âgées de 20 à 30 ans. (12) En effet, la boulimie apparaît plus tardivement, les premières consultations surviennent généralement à l'âge adulte. (17)

Chez les individus de plus de 16 ans, les études mettent en avant dans des populations adolescentes et adultes féminines une prévalence variant de 2 à 5%. Elle concerne ainsi une plus large proportion que l'anorexie mentale : 3 à 5 fois plus de filles sont touchées. Le sexe ratio homme/femme est comparable à celui de l'anorexie mentale, soit 1/10. (14) La boulimie fait souvent suite à une période d'anorexie mentale ou de restriction alimentaire : il existe jusqu'à 7% d'antécédent d'anorexie chez les patients atteints de boulimie tandis que la réciproque ne s'applique pas. (11)

L'étiologie de la boulimie nerveuse est semblable à celle de l'anorexie mentale avec un manque d'estime de soi associé à une pression sociale. Quant aux signes cliniques, de même que pour l'anorexie, ils sont également bien connus :

- Une hyperphagie et des vomissements avec un poids « normal » la plupart du temps
- Un abus de laxatifs, diurétiques, purgatifs et thyroxines
- Le signe de Russel (cals sur le dos de la main causé par les doigts mis dans la gorge pour favoriser les vomissements)
- Une peur de l'obésité

Une fois les symptômes diagnostiqués, un traitement par thérapie cognitive et comportementale est entrepris si le patient est demandeur. Cependant, il n'est pas rare que les personnes touchées par ce trouble restent discrètes par honte ou peur du jugement. Généralement, ces habitudes nocives s'estompent avec le temps malgré l'absence de prise en charge médicale. (12)

1.3. Hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique est décrite lorsque les épisodes récurrents de crises de boulimie ne sont pas associés à des comportements compensatoires tels que les vomissements ou autres. (8) Ces patients sont obsédés par la nourriture et ces crises relèvent de la compulsion. Cette maladie est souvent très bien dissimulée, le diagnostic et l'épidémiologie sont donc difficiles à définir.

Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique sont pour la plupart en surpoids ou obèses, et concerne 3 à 5% de la population générale, plus fréquente que la boulimie. Elle touche presque autant les hommes que les femmes et elle est plus souvent diagnostiquée à l'âge adulte. (18)

L'hyperphagie boulimique était initialement décrite comme une sous-catégorie des TCA non spécifiée et est devenue une catégorie à part entière en 2013. (18)

Ainsi, quel que soit le type de trouble, une restriction calorique et/ou des crises boulimiques sont retrouvées avec ou sans conduites purgatives tels que des vomissements, des prises de laxatifs ou encore des prises de diurétiques. A noter que ces troubles peuvent se regrouper, certains patients passent d'un trouble à un autre. (17)

3. Manifestations sur l'état général

Les troubles du comportement alimentaire ont certes des retentissements sur la cavité orale mais peuvent également avoir des conséquences sur l'état général. En effet des complications métaboliques peuvent apparaître, provoquées notamment par les vomissements, l'abus de laxatifs et de diurétiques.

Chez les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique, les répercussions peuvent se manifester par des carences liées à la malnutrition tels qu'une perte de cheveux, des ongles cassants ou encore des perlèches. Les vomissements ont quant à eux tendance à provoquer des hémorragies sous-conjonctivales ou encore une hypertrophie parotidienne. Chez la femme, un trouble du cycle menstruel peut apparaître, un bilan gynécologique avec examen est donc indispensable.

De plus, des atteintes cardio-vasculaires telle que la bradycardie peut être observées sans oublier des troubles digestifs ou du transit au niveau gastro-entérologique. (17)

Quant aux personnes souffrant d'anorexie, des similitudes existent avec la boulimie nerveuse comme l'atteinte cardio vasculaire avec un ralentissement du rythme cardiaque.

L'aménorrhée est quasiment constante chez la femme entraînant alors un risque de stérilité accrue.

Des manifestations hématologiques telles que l'anémie, la leucopénie ou la thrombopénie peuvent apparaître avec un risque d'infection plus important, des perturbations neurologiques et également des troubles métaboliques du cholestérol et du glucose mais aussi des problèmes rénaux et hépatiques. Les répercussions qui peuvent se manifester chez un patient souffrant d'anorexie mentale sont présentées sur la Figure 1.

Toutefois, toutes ces altérations sont réversibles lors de la reprise de poids.

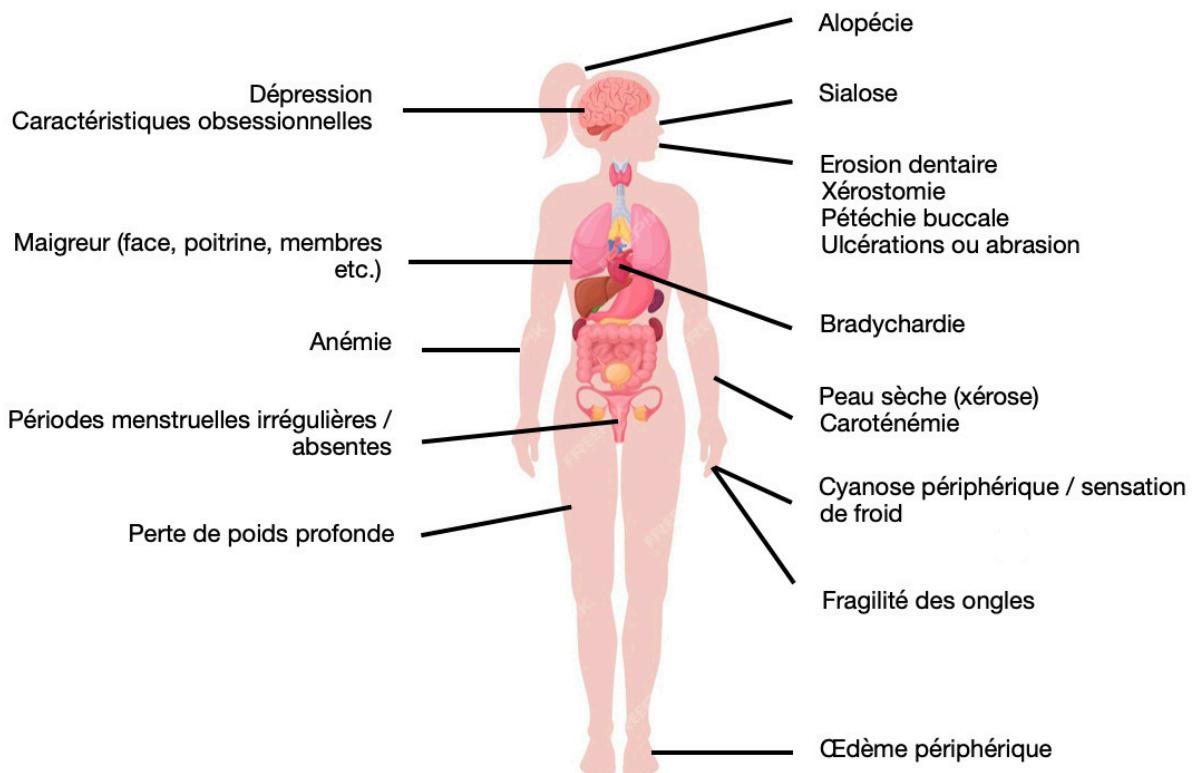


Figure 1 : Anorexie mentale – Caractéristiques

A long terme, les affections seront principalement osseuses avec un risque d'ostéoporose, sans compter les atteintes dentaires dues principalement aux vomissements. Il existe également un risque de retard de croissance staturo-pondérale si l'anorexie survient avant ou au début de la puberté. (11)

Les troubles du comportement alimentaires peuvent développer différentes complications, à plusieurs niveaux selon le trouble concerné, toutes ces manifestations sont répertoriées dans le Tableau 1.

	Boulimie et hyperphagie boulimique	Anorexie mentale
Présentation générale	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse musculaire • Déshydratation • Pétéchies sur le visage, hémorragie conjonctivale • Callosités sur le dos des doigts 	<ul style="list-style-type: none"> • Cholestérol • Troubles hépatiques • Retard de croissance statural-pondérale (chez les jeunes) • Ostéoporose à terme
Etat cardiaque et hémodynamique	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension • Palpitations 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension • Anémie • Leucopénie • Thrombopénie
Appareil digestif	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertrophie parotidienne • Douleurs pharyngées • Érythème du pharynx • œsophagite • Gastrite • Douleurs abdominales • Troubles du transit • Reflux gastro-œsophagien 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs abdominales
Fonction rénale	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance rénale • Néphropathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance rénale
Gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> • Aménorrhée • Troubles ovulatoires • Syndrome des ovaires polykystiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Aménorrhée • Cycles irréguliers
Sphère bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Érosion • Lésions carieuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Érosion • Lésions carieuses

Tableau 1 : Complications spécifiques des différents troubles du comportement alimentaire

4. Facteurs étiologiques

L'étiologie de ces troubles reste plurale, différents facteurs peuvent être mis en cause. (19)

Il existe trois principaux groupes de facteurs :

- La *prédisposition* détermine la vulnérabilité d'un individu aux problèmes psychiatriques, par exemple la personnalité, les maladies chroniques, etc.
- Le *facteur déclenchant* se produit juste avant le début de la maladie, par exemple un événement stressant de la vie
- L'*entretien* de la pathologie une fois installée, par exemple du fait d'un manque de soutien social

Concernant les facteurs étiologiques, ou de prédispositions, un profil psychologique est souvent retrouvé avec des traits de caractère bien marqués comme le perfectionnisme, la rigidité intellectuelle, le besoin de contrôle, une faible estime de soi. (14)

Dans un contexte biologique, la balance énergétique du corps pourra être perturbée par une altération du système sérotoninergique et hormonal. (15)

Une étiologie génétique est retrouvée car il existe une transmission des TCA. Le risque est multiplié entre 4 et 11 lorsqu'un antécédent de TCA est repéré chez un membre de la famille. (14)

A travers le cadre familial et culturel, les relations sociales et la société en elle-même qui prône le corps maigre comme synonyme de maîtrise de soi, une étiologie environnementale est décrite. (14)

Tous ces facteurs, seul ou réunis, individuels ou collectif, jouent un rôle dans l'altération comportementale. Toutefois, des facteurs déclenchants entre en jeu et entretiennent ces éléments étiologiques.

5. Facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants sont indispensables à déterminer dans le cadre d'une prise en charge globale du patient atteints de TCA afin de réussir à les contrôler. Ces facteurs déclenchants sont classés en facteurs extrinsèques, c'est-à-dire ne provenant pas de l'essence du patient, et en facteurs intrinsèques, propres au patient, se rattachant à l'intérieur.

Les facteurs extrinsèques proviennent essentiellement de l'alimentation en comptant les consommations excessives de produit sucrés, acides ou contenant de l'amidon et également d'une consommation d'alcool excessive. (20)

Une notion médicale peut aussi être recherchée avec des prises de médicaments tels que les antidépresseurs, des carences en vitamine, notamment vitamines A, C et E ainsi qu'en acide folique et en calcium, qui ont été associées aux maladies parodontales. (20)

Certaines habitudes nocives extrinsèques sont observées : la consommation de tabac, les grignotages en dehors des repas (bien souvent sucrés) ou encore le stress à l'origine de parafonctions en bouche tel que le bruxisme. Tous ces facteurs en association vont aggraver le pronostic. (20)

Parmi les facteurs intrinsèques, les reflux gastro-œsophagien (RGO) et les vomissements provoquées sont souvent retrouvés.

Par ailleurs, d'autres facteurs vont bien souvent coexister tels que l'abrasion due à un brossage traumatique et la plupart du temps abusif, en vue de compenser les vomissements, ou encore une brosse à dent non adaptée. Deux autres facteurs peuvent être associés, l'accumulation d'une fréquence de brossage excessive et d'un dentifrice fluoré. (1)

Le chirurgien-dentiste intervient lors du diagnostic en recherchant l'ensemble des facteurs alimentaires, médicamenteux, médicaux, les habitudes nocives et les parafonctions éventuellement associées aux manifestations orales. (7) S'il est illusoire de penser pouvoir supprimer l'ensemble de ces facteurs dès la première consultation, les identifier rapidement permet au professionnel de santé de suggérer de nouvelles activités au patient tels que le sport, l'art, etc. afin de rompre progressivement avec ses habitudes. (8)

L'objectif est de rechercher toutes les étiologies ayant amenées le patient à prendre de telles habitudes de vie. Cependant, le sujet est difficile à aborder avec le patient qui a une image de soi dégradée et un sentiment de honte au quotidien. Le patient doit comprendre l'intérêt d'identifier ces facteurs pour la bonne conduite du plan de traitement. (8)

III. Rôle du chirurgien-dentiste sur les TCA

1. L'importance de la détection

Ces répercussions au niveau buccal sont souvent le premier signe clinique observable des TCA et peuvent être associées à des signes cliniques généraux. Il est donc essentiel que le chirurgien-dentiste possède les connaissances suffisantes pour reconnaître ces symptômes afin de prévenir, diagnostiquer, soigner et référer les patients à un professionnel de santé spécialisé pour la prise en charge globale. (21)

De plus la détection précoce d'un TCA permet une meilleure prise en charge et améliore le pronostic pour la santé générale de l'individu atteint et pour ses dents. (22)

En effet, un patient souffrant de TCA, et pleinement conscient, prendra spontanément rendez-vous chez son dentiste pour un suivi régulier. Cependant, pour les patients non diagnostiqués, ou tout simplement dans le déni concernant leur état de santé, le chirurgien-dentiste est l'un des premiers professionnels de santé amené à observer les répercussions physiques et bucco-dentaires des patients souffrant de ces troubles. Il est donc primordial de savoir reconnaître les signes alarmants. (20)

2. La consultation

Lors de la première consultation, un échange initial avec le patient et un examen clinique doivent être réalisés. L'anamnèse est conduite comme pour n'importe quelle autre pathologie, mais en insistant plus particulièrement sur le comportement du patient et son apparence, les troubles psychiatriques antérieurs, la situation sociale, l'histoire familiale et personnelle. (23)

En cas de lésions suspectes détectées lors de l'examen, il est possible d'évoquer la forme et la localisation des lésions inhabituelles plutôt que de parler de lésions alarmantes afin de ne pas embarrasser le patient. Cela permet au chirurgien-dentiste de gagner la confiance du patient qui n'est peut-être pas assez à l'aise pour se confier. L'implication du patient est primordiale pour éviter le sentiment d'intrusion et une fois obtenue, une recherche approfondie des facteurs étiologiques peut alors être abordée. (23)

Le chirurgien-dentiste peut soupçonner des épisodes de vomissements et observer certaines lésions suspectes, cependant le patient souffrant de TCA n'admet pas facilement ce genre de comportement. Il faut donc aborder le sujet de façon implicite. (22)

3. La communication

3.1. Étude chez des patientes souffrant de TCA

Une enquête menée auprès de 371 femmes souffrant de troubles de l'alimentation a été effectuée en 2005. Les sujets qui ont répondu à l'enquête ont été recrutés au sein du Groupe d'intérêt pour les femmes souffrant de troubles de l'alimentation (IKS). L'IKS est la principale organisation pour les femmes souffrant de troubles de l'alimentation en Norvège. (23)

Les participantes ont disposé de six mois pour répondre au questionnaire. Le thème principal de cette étude portait sur l'érosion et les vomissements auto-induits (VAI). Dans un second temps, la notion de peur des répercussions dentaires chez les patients atteints de TCA a été abordé. De ce fait, l'effet de cette crainte sur la fréquence de consultation chez le chirurgien-dentiste et sur la communication entre ce dernier et le patient a été évalué. (23)

La seconde partie de l'étude est analysée avec 32,1% des femmes de l'échantillon total qui présentent une peur des soins dentaires élevée, et 16,8 % qui répondent au critère de peur des soins dentaires très élevée. (23) Les personnes souffrant d'une grande peur des soins dentaires, enfants et adultes, peuvent s'avérer difficiles à traiter. Cela nécessite plus de temps et ces patients présentent des problèmes de comportement qui peuvent se traduire par une expérience stressante et désagréable tant pour eux-mêmes que pour le praticien traitant. Les patients évitent les visites chez le dentiste en raison de leur peur, ce qui entraîne une aggravation des problèmes, nécessitant un traitement plus important et potentiellement traumatisant, qui renforce ou exacerbe la peur, ce qui conduit à un évitement continu. Dans ce scénario, le patient, le praticien dentaire et le système de soins dentaires sont tous perdants. (24)

Si la plupart des patientes ont partagé des expériences positives, un constat préoccupant pour le chirurgien-dentiste est ressorti de cette enquête, un nombre élevé d'expériences négatives ont été signalées. (23)

Exemples de commentaires négatifs : « Le dentiste a minimisé le problème. Je me suis senti offensé. » ; « Le dentiste ne semblait pas sûr de lui et n'avait probablement pas les connaissances nécessaires. » ; « Il a essayé d'être disposé à aider, mais a agi maladroitement. Je me suis senti mal à l'aise. » ; « Le dentiste s'est comporté de manière désagréable et m'a posé beaucoup de questions sur différents sujets. C'était horrible. Un dentiste n'a pas le droit de s'immiscer dans la vie privée d'un patient et ne devrait pas poser de questions sur autre chose que la santé bucco-dentaire. »

Exemples de commentaires peu clairs/ambigus :

« Positif, mais j'ai eu l'impression que le dentiste souhaitait gagner de l'argent en me faisant des soins dentaires. Il a suggéré un blanchiment et des couronnes sur mes dents de devant. » ; « Le dentiste a été très compréhensif, mais j'ai eu l'impression que je lui causais des ennuis supplémentaires. »

Ces commentaires soulignent la nécessité de former les chirurgiens-dentistes à la communication avec les patients souffrant de troubles de l'alimentation. Il en résulte que le professionnel de santé se doit de prendre davantage en considération les réactions des patients lors des consultations bucco-dentaires. (23)

3.2. La communication entre le patient souffrant de TCA et le chirurgien-dentiste, un sujet difficile à aborder (25)

Une enquête datant de 2007 aux Etats-Unis a été réalisée par DeBate RD, Shuman D, Tedesco LA. L'objectif de cette étude comparative est d'évaluer l'étendue et la profondeur de l'enseignement des soins spécifiques aux troubles de l'alimentation entre les programmes de formation chirurgie-dentaire et d'hygiène dentaire.

Dans l'ensemble, les résultats ont révélé que la majorité des programmes d'études dentaires et d'hygiène dentaire incluent des cours sur les caractéristiques et les répercussions bucco-dentaires de l'anorexie mentale (71 % et 96 % respectivement) et de la boulimie (71 % et 96 % respectivement). Les programmes de soins dentaires et d'hygiène dentaire ayant spécifié avoir inclus des troubles de l'alimentation non spécifiés (comme le mérycisme) dans leurs programmes d'études sont moins nombreux (46 % et 58 %, respectivement). Il est intéressant de souligner que d'après cette enquête, les formations d'hygiène dentaire aux Etats-Unis abordent davantage le sujet des TCA.

Peu d'écoles ont inclus les compétences en communication dans leurs programmes d'études (58 % en médecine dentaire et 56 % en hygiène dentaire). D'après ces résultats, la communication est plus présente dans la formation des chirurgiens-dentistes.

Alors que l'accent est mis sur la santé bucco-systémique et la délivrance de soins complets, de nombreux chirurgiens-dentistes ne sont peut-être pas suffisamment formés pour identifier, éduquer et communiquer avec les patients atteints de TCA. Les résultats montrent qu'il existe un besoin de formation appropriée pour mieux préparer les chirurgiens-dentistes à la prise en charge globale des patients.

Ainsi, les auteurs DeBate, Rita D. et Shuman, Deanne., suggèrent qu'il est important de ne pas se contenter d'un seul facteur prédisposant. Pour cela, rechercher les causes sur plusieurs séances permet de gagner la confiance du patient sans le braquer. Cette méthode demande de la patience mais tout progrès obtenus doit être encouragé, tout en rappelant les risques de récidives au patient afin d'éviter un relâchement de sa part. La coopération du patient est plus facile à obtenir en lui parlant des bénéfices attendus tels que la restauration de l'esthétique. (8)

IV. Répercussions des TCA sur la sphère orale

Le diagnostic de l'état dentaire doit être basé sur un examen clinique approfondi avant tout examen complémentaire. Il conviendra de rechercher la présence de lésions tissulaires en examinant toutes les surfaces dentaires et l'état du parodonte afin de poser un diagnostic précis. Les TCA peuvent se manifester de plusieurs manières sur la cavité orale, touchant aussi bien les tissus durs que les tissus mous. Le chirurgien-dentiste se doit de bénéficier des connaissances nécessaires, afin de déceler les troubles du comportement alimentaire, d'après les lésions retrouvées. (7)

Ces conséquences sur la sphère-orale sont parfois sévères, majoritairement permanentes, et sont liées à la nature de l'alimentation, le mode d'ingestion des aliments, la présence de vomissements, de bruxisme, de mérycisme ou l'usage de médicaments sialoprives. Les manifestations sur l'état général de ces troubles telles que la dénutrition avec déficits vitaminiques et l'altération des grandes fonctions (ostéoporose, dérèglements hormonaux, insuffisance hépatique, hypokaliémie...) sont également responsables du développement d'atteintes de la sphère oro-faciale. (26)

1. Érosion

1.1. Caractéristiques

Le terme d'usure dentaire érosive fait référence à des processus, pouvant être chimiques ou mécaniques, pour lesquels des forces abrasives viennent éliminer les tissus ramollis par des acides non bactériens, ce qui va entraîner la perte de substance de la dent. En toute logique, l'émail sera d'abord éliminé, suivi de la dentine. (8)

L'érosion dentaire fait partie des signes et symptômes intra-buccaux fréquemment retrouvée chez les patients atteints de TCA. L'érosion dentaire, à ses débuts, est difficile à diagnostiquer car la dégradation des surfaces amélaires est généralement un mécanisme dont l'évolution est progressive. (27)

1.2. Diagnostic

Les lésions cliniques, concavités et/ou exposition de dentine, ne sont visibles qu'à un stade avancé. Le patient se rend compte de ces lésions tardivement, lorsque les dents deviennent jaunes ou se raccourcissent dû à la perte d'email, ou encore lorsqu'il y a une hypersensibilité.

Il est donc essentiel que le chirurgien-dentiste soit conscient du phénomène, qu'il soit capable de reconnaître les lésions érosives au stade initial et qu'il connaisse les mesures de prévention. (27)

1.2.1. Aspects cliniques

L'aspect clinique de l'érosion varie en fonction de plusieurs facteurs tels que sa localisation et ses transformations au cours du processus érosif.

En effet, l'érosion dentaire est caractérisée par une morphologie et une localisation particulière, les contours des lésions sont mal définis, concave. On retrouve la plupart du temps des surfaces lisses, de satinées à ternes. Les faces occlusales sont celles avec l'atteinte la plus fréquemment retrouvée. Les dents les plus souvent impliquées par les érosions occlusales sont les premières molaires mandibulaires. (8)

En raison des différences structurelles au niveau des surfaces dentaires, il peut être compliqué d'évaluer la sévérité des lésions. En effet, une érosion proche du collet de la dent ou proche de cavités va conduire à une exposition de la dentine accélérée car l'email est très fin sur ces zones. Il est important de connaître la quantité de substances dentaires a été perdue. (27)



Figure 2 : Photographies de lésions d'érosion et d'attrition par le Docteur Carl Dousse

1.2.2. Examen basique de l'usure dentaire (BEWE)

La classification de BEWE peut être utilisée par le chirurgien-dentiste afin d'observer l'évolution des lésions au fil du temps. Il s'agit d'un outil moderne qui permet de compléter le dossier médical du patient afin d'analyser l'évolution des lésions. (27) Cet outil est présenté dans le Tableau 2.

Le patient doit être examiné avec soins dès lors que des érosions sont cliniquement observables ou si un risque augmenté est présent. Le BEWE est un examen qui permet de détecter et d'évaluer de manière rapide des défauts dus aux acides, il quantifie efficacement les érosions. (7)

Score	Critères
0	Pas d'érosion dentaire
1	Perte initiale de la texture de surface
2	Lésion distincte ; perte de tissu dur < 50% de la surface examinée
3	Perte de tissu dur \geq 50% de la surface examinée

Tableau 2 : Critères permettant de définir un score dans la classification BEWE dent par dent

A l'exception des troisièmes molaires, les dents sont testées pour tous défauts sur les faces vestibulaires, occlusales et linguales ou palatines. Lorsque l'examen est renouvelé, toutes les dents d'un secteur doivent être évaluées mais uniquement sur la face dont le score est le plus élevé, la somme de tous les scores est ensuite calculée une fois que tous les secteurs ont été notés. (27)

L'intervalle conseillé entre deux BEWE va dépendre des facteurs de risques individuels du patient mais également de la sévérité des lésions érosives. Il est recommandé, chez les patients qui présentent une exposition acides extrinsèques et intrinsèques, de réaliser deux examens par an. (27)

1.2.3. Étiologie et évaluation du risque chez un patient atteint de TCA

A l'origine, les conséquences des troubles de l'alimentation sur la santé bucco-dentaire ont initialement été rapportés par Hellstrom (1977) et Hurst et Al (1977) et dès lors, un grand nombre de rapports de cas et d'études ont été publiés. (22)

Les premières études ont montré que la répartition et la gravité des lésions d'érosion différaient en fonction de la présence ou de l'absence de vomissements chez les patients. En effet, il a été prouvé que les usures dentaires palatines et antérieures maxillaires sont plus souvent retrouvées chez les patients qui souffrent d'anorexie ou de boulimie avec des vomissements auto-induits (VAI), que chez les patients qui ne provoquent aucun vomissement. (22)

D'autres résultats ont établi que la différence entre ces deux populations est également observée par une usure postérieure mandibulaire sur les surfaces occlusales plus importante chez les sujets avec des VAI. (22)

Des études ont cherché à trouver une corrélation entre la localisation des usures dentaires et de la provenance des acides, qu'ils soient intrinsèques ou alimentaires. L'objectif est d'expliquer que les patients peuvent présenter des lésions érosives même en l'absence de vomissements provoqués. (22)

Milosevic et Slade ont rapporté que l'érosion était plus importante après 1100 épisodes de vomissements et que la distribution intra-orale était principalement palatine supérieure, occlusale et cervicale. Toutefois, la croyance que l'acidité intrinsèque, gastrique, entraîne des sites érodés au niveau palatin et que l'acidité extrinsèque, alimentaire, provoque une érosion labiale reste controversée. (22)

Jarvinen et *al.* ont quant à eux montré que la cause de l'érosion ne pouvait pas être déterminée de manière fiable à partir de sa localisation, bien que certaines faces dentaires soient plus souvent touchées que d'autres. La localisation n'est donc pas une source sûre quant à l'origine de l'érosion, néanmoins, l'apport alimentaire peut être un indicateur intéressant. (22)

L'étiologie de l'érosion dentaire est multifactorielle chez un patient atteint de TCA. Elle peut être d'origine extrinsèque ou intrinsèque. (28)

1.2.3.1. Origine extrinsèque

L'alimentation, avec un apport acide, est la principale étiologie extrinsèque de l'érosion. Plusieurs substances alimentaires sont regroupées dans les facteurs extrinsèques mais en particulier celles qui comportent de l'acide citrique, phosphorique, ascorbique, malique, tartrique et carbonique. Ces acides alimentaires sont retrouvés dans diverses boissons non alcoolisées du quotidien telles que les jus de fruits, certaines tisanes, le vinaigre ou encore les vins blancs secs. (20)

Une association a été prouvée entre la consommation excessive de ces boissons et l'érosion dentaire, aussi bien dans la dentition permanente que temporaire. Ces boissons entraînent une baisse du pH salivaire selon la valeur intrinsèque du pH et du pouvoir tampon de la boisson, en sachant qu'un pH de 5,5 est considéré comme le pH « critique » de la dissolution de l'émail. (20)

Toutefois, d'autres facteurs déterminent les capacités de dissolution de l'émail de ces boissons comme le type et la quantité d'acide contenu, l'acidité titrable, le pouvoir tampon et la température de la boisson. L'acide organique produit par la fermentation du sucre, contenu dans les boissons par les micro-organismes présents dans la plaque dentaire, entraîne une déminéralisation de l'émail, et à terme, des lésions carieuses. (20)

Une origine extrinsèque des acides est détectable par la localisation des lésions d'érosion. Ces lésions seront présentes majoritairement sur la surface vestibulaire du secteur antérieur. (28)

1.2.3.2. Origine intrinsèque

Les reflux gastro-œsophagien, les vomissements provoqués, le mérycisme sont des exemples de causes intrinsèques du phénomène d'érosion dentaire, souvent retrouvées chez les patients souffrant de TCA. (22)

Le mérycisme, ou syndrome de rumination, est un trouble du comportement alimentaire, le plus souvent retrouvé chez les adolescents. Il désigne une régurgitation involontaire mais consciente d'aliments en cours de digestion et provenant directement de l'estomac. Après avoir été régurgités, ils sont remâchés et ravalés par la suite. (29) Cette action est volontaire mais on parle tout de même d'un comportement addictif. (7)

À l'inverse des causes extrinsèques, une origine intrinsèque sera responsable de lésions sur les surfaces palatines et linguales des surfaces dentaires. (28)

Il est possible que des processus extrinsèques mais aussi intrinsèques soient à l'origine de l'érosion dentaire. Ces deux étiologies peuvent coexister, ce qui multiplie les risques d'atteintes érosives. (8) Des facteurs protecteurs et endommageants doivent également être considérés. La figure suivante nous présente des facteurs dépendant du patient et des facteurs nutritionnels. Ces processus vont être modifiés par d'autres facteurs généraux représentés en périphérie du cercle de la Figure 3. (27)

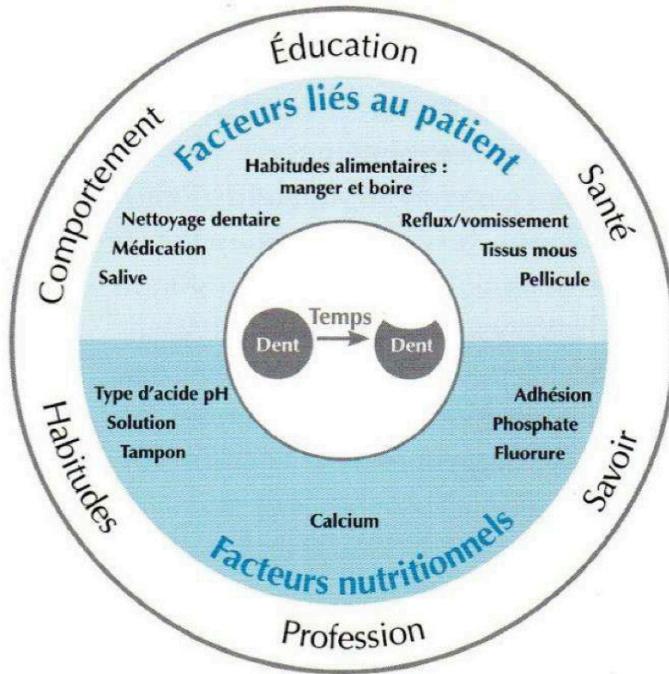


Figure 3 : Facteurs influençant l'occurrence d'érosion dentaire (27)

1.3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel va permettre de ne pas confondre l'érosion dentaire aux autres défauts de l'émail et de la dentine tels que l'amélogénèse ou la dentinogénèse imparfaite. Elle doit aussi être distinguée des défauts d'origine mécanique tels que l'abrasion et l'attrition, bien que ces usures puissent coïncider.

L'érosion peut également être simultanée aux lésions carieuses, mais jamais au même moment sur la même face de la dent (27)

1.4. Mesures préventives

Le clinicien propose un programme de prévention aux patients grâce à l'évaluation de plusieurs points :

- L'usure des dents
- Les différents facteurs étiologiques
- Le potentiel érosif de l'alimentation du patient (27)

De ce fait, des conseils diététiques vont être suggérés, une optimisation de l'apport en fluor, une stimulation du débit salivaire, la prescription de médicaments tampons et encourager des habitudes de brossage non agressives avec un dentifrice non abrasif.

Le pourcentage de succès des mesures préventives ne peut être surveillé que si la quantité de tissus dentaires perdue initialement a pu être déterminée. Tout comme la surveillance de ces tissus, il est intéressant d'observer si la dentine est exposée. En effet, des complications supplémentaires peuvent alors apparaître telles que des hypersensibilités dentinaires. Ces dernières vont apporter des informations au praticien quant à l'état de la lésion.

La disparition des symptômes cliniques indique le succès des mesures préventives. Le jaunissement de la dentine va indiquer l'arrêt de la perte de tissus, ce qui peut servir de moyen de contrôle de l'efficacité des mesures qui ont été prises. (27)

2. Abrasion (7)

Les surfaces dentaires peuvent également subir une abrasion par frottement avec un élément externe (brosse à dents, onicophagie, stylo...). Elle est définie par une usure mécanique non physiologique, provoquée par l'individu.



Figure 4 : Photographie de lésions d'abrasion dentaire (photographie du site de la Société Odontologique de Paris)

Ce phénomène peut survenir à travers une technique de brossage agressive associée à des mouvements trop violents, une pression excessive ou encore une brosse à dent trop dure. Une fréquence de brossage trop excessive par troubles obsessionnels compulsifs ou encore par culpabilité après vomissements auto-induit peut également créer des lésions d'abrasion.

En effet, bien que le brossage des dents semble être logique et préconisé immédiatement après un contact acide, une augmentation de la perte de substance lors du brossage immédiatement après une exposition acide a été observée, on parle d'une combinaison érosion / abrasion.

Néanmoins, les lésions d'usures, quelle qu'elle soit, ne sont pas les seules retrouvées au niveau des tissus durs chez un patient atteint de TCA.

3. Para fonctions de l'appareil manducateur (7)

Les patients atteints de TCA sont également souvent sujets à des parafonctions de l'appareil manducateur. Celles-ci peuvent être diurnes et / ou nocturnes associées à une hyperactivité des muscles masticateurs.

Des pertes de substances des tissus dentaires sont observées par phénomène d'attrition. L'attrition dentaire est définie comme l'usure par intensité et/ou fréquence de contacts interdentaires pathologiques.



Figure 5 : Photographie de lésions d'attrition dentaire par le Docteur Carl Dousse

L'attrition peut être causée par plusieurs phénomènes chez les patients atteints de TCA :

- Le bruxisme, induit par différents facteurs, isolés ou associés tels que : l'anxiété, les effets secondaires de certains médicaments antidépresseurs ou neuroleptiques.
- Des parafonctions musculaires principalement nocturnes en relation avec la diminution du pH au niveau de l'arrière-gorge due aux RGO.
- Une attrition consécutive aux pertes de tissus durs par érosion chimique induisant une dégradation des rapports intermaxillaires avec absence de position de repos ou perte de dimension verticale engendrant une souffrance musculaire des muscles masticateurs.

4. Maladie carieuse active

4.1. Les lésions carieuses et la boulimie nerveuse

La carie dentaire est définie par la déminéralisation irréversible des tissus durs. Lors du métabolisme anaérobie des sucres alimentaires, des acides organiques sont formés par les bactéries présents dans la plaque dentaire, ce phénomène est à l'origine des lésions carieuses. (20)

Selon une étude qui se concentre principalement sur la boulimie nerveuse, les manifestations bucco-dentaire les plus fréquemment observées chez les patients boulimiques provoquant des vomissements sont : l'érosion dentaire, les caries dentaires et la réduction des sécrétions salivaires qui conduit à la xérostomie. Cette enquête a recueilli des articles sur la base de données Medline de 1993 à 2017, en lien avec les patients souffrant de boulimie nerveuse et leurs répercussions de santé bucco-dentaire. (30)

Sept des dix études analysées ont inclus des données sur les caries dentaires. Les vomissements peuvent avoir un effet sur le risque de caries, à la fois directement et en raison de la réduction du débit salivaire. En outre, les choix alimentaires faits par les patients boulimiques pendant une crise, qui sont principalement à base de glucides, augmentent le risque de caries. Pendant les crises, les patients mangent souvent des aliments qu'ils se refusent en temps normal, s'agissant généralement d'aliments très énergétiques et sucrés. L'Australian National Dietary Survey of Adults a publié des données indiquant que les patients boulimiques consomment 21 % de glucides en plus que la moyenne nationale, les glucides alimentaires étant nécessaires au processus de carie. Par conséquent, une crise de boulimie, qui consiste souvent en un régime riche en sucres, est susceptible de fournir aux bactéries cariogènes une source d'alimentation et de stimuler ainsi le processus carieux. (30)

De plus, de nombreuses études montrent que la plupart des patients boulimiques présentent des niveaux de caries plus élevés. Outre l'explication d'un accès accru aux glucides fermentescibles pendant les crises de boulimie, cela pourrait s'expliquer par le fait que *S. mutans* est capable de s'adapter et donc de rester actif à un pH aussi bas que 3,14, soit un pH buccal en baisse dû aux vomissements. (30)

Young a démontré que les personnes souffrant de troubles de l'alimentation présentent un nombre de *S. mutans* et une fréquence de caries bien plus élevés que la normale. Ohrn et *al.*, qui ont également démontré des niveaux plus élevés de *S. mutans* et de DMFS (indice donnant la somme des dents permanentes cariées, absentes et obturées d'un individu) chez les patients boulimiques, appuient ces résultats. Cependant, aucun de ces deux derniers articles n'aborde les raisons de la disparité du nombre de *S. mutans* entre les personnes souffrant de troubles de l'alimentation et les témoins. (30)

Malgré les preuves suggérant des niveaux plus ou moins élevés de *S. mutans* chez les patients boulimiques, des résultats contradictoires suggèrent qu'il n'y a aucune différence entre ces patients et les témoins. Touyz et *al.* n'ont trouvé aucune différence dans les niveaux de *S. mutans* entre les groupes anorexique, boulimique et témoin. Cette étude a également conclu qu'il n'y avait pas de différence significative dans le DMFS entre les trois groupes. (30)

En conclusion, les vomissements peuvent indirectement augmenter le risque carieux en raison de la réduction du débit salivaire, et peuvent directement augmenter le risque en raison de niveaux plus élevés de *S. mutans*. Cependant, le fait que certaines études n'aient pas trouvé de différence de DMFS entre les patients boulimiques et les groupes de contrôle signifie que des recherches supplémentaires sont nécessaires, en se concentrant spécifiquement sur les patients boulimiques afin d'isoler les effets des vomissements. (30)

4.2. L'apport du sucre dans l'évolution de la lésion carieuse chez les patients atteints d'hyperphagie boulimique et de boulimie nerveuse

Une fois que le stress, l'insécurité et les troubles émotionnels ont été établis dès le plus jeune âge, l'individu cherchera naturellement à soulager ces états inconfortables par le biais d'un système cerveau-récompense. La malbouffe est une forme d'automédication facilement accessible créant rapidement de fortes habitudes. Bien que le concept d'addiction à la nourriture soit débattu, le terme a néanmoins acquis une certaine reconnaissance, une étude faisant état de 23 % d'enfants âgés de 5 à 12 ans (données recueillies par l'intermédiaire des parents) considérés comme dépendants de la nourriture, et d'une association positive avec l'obésité. (31)

Les données précédemment présentées de l’Australian National Dietary Survey of Adults indiquent que les patients boulimiques consomment 21% de glucides en plus que la population générale, leur régime alimentaire est donc plus riche en sucre. Ces habitudes ont un impact sur le risque carieux individuel de ces patients. (30)

Rugg-Gunn et *al.* et Burt et *al.* ont trouvé une association significative entre l’apport en sucre dans l’alimentation et la progression des caries dans leurs études longitudinales. Il a donc été suggéré que le fait d’éviter la consommation de sucre entre les repas et de réduire le sucre alimentaire peut aider à minimiser les caries. La fréquence de l’ingestion de sucre est un facteur essentiel dans l’apparition et la progression d’une lésion, mais la quantité de sucre consommé influence son développement de façon indépendante à la fréquence. (20)

Les lésions peuvent également être provoquées par une consommation excessive d’alcool ou une alimentation sucrée nocturne. En effet, en raison de l’absence de sécrétion salivaire la nuit, l’effet tampon sera interrompu et les acides ne pourront pas être neutralisés. (20)

La maladie carieuse est une maladie plurifactorielle qui touche certains troubles du comportement alimentaire plus que d’autres. La Figure 8 nous présente les différents facteurs mis en cause dans l’apparition des lésions carieuses. (32)

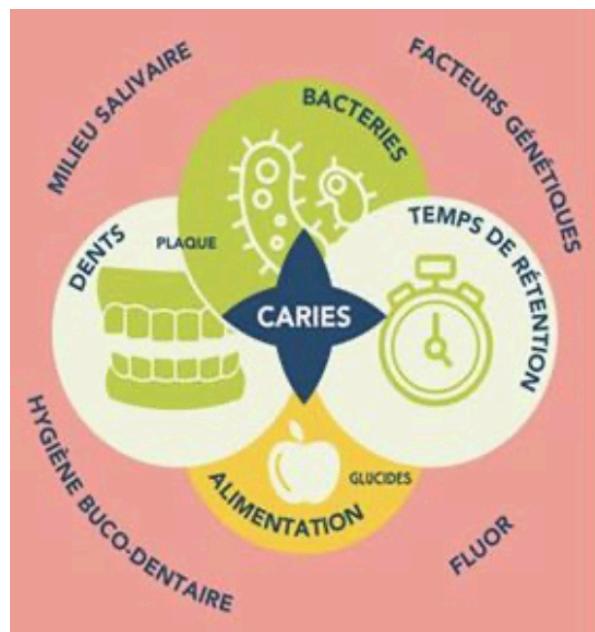


Figure 6 : Schéma de Keys - La lésion carieuse, une maladie plurifactorielle (32)

D'après cette figure et les définitions des 3 principaux TCA, les facteurs exposés ne sont pas retrouvés de la même façon pour chacun d'entre eux.

L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont concernées par le milieu salivaire par un pH faible dû aux vomissements auto-induits. Le facteur d'hygiène bucco-dentaire est associé à l'anorexie, non pas dans un souci de manque d'hygiène, mais par la fréquence de brossage excessive de la part du patient. Cet excès s'explique par la culpabilité ressentie par le patient lors des vomissements répétés. (7)

Contrairement à l'anorexie mentale, le facteur d'alimentation touche davantage la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. Le temps de rétention et l'hygiène bucco-dentaire se rapportent à l'hyperphagie boulimique du fait que les patients souffrant de ce trouble sont moins exigeants sur les brossages. Ils présentent également un temps de rétention des aliments supérieurs aux patients souffrant d'anorexie et de boulimie puisque l'hyperphagie boulimique n'est pas associée à des VAI. (8)

4.1. Classification ICDAS (33)

Il existe des classifications multiples concernant les lésions carieuses qui permettent une meilleure communication. Ces différentes classifications prennent en compte la perte de substances, on retrouve la classification « BLACK », « SISTA » ou encore « ICDAS ».

Cette dernière, soit la classification ICDAS (International Caries Detection and Assessment System), est composée de 7 stades, variant de 0 à 6 en fonction de l'atteinte de la dent.

Cette classification permet d'observer la gravité des lésions carieuses auxquelles nous avons affaire et aide à l'évaluation du risque carieux individuel (RCI).

0 Surface dentaire saine: pas de changement de translucidité ou de coloration	1 Changements visibles après séchage 1w: blanc 1b: marron	2 Changements visibles sans séchage 2w: blanc 2b: marron	3 Rupture localisée de l'émail sans déminéralisation de la dentine sous jacente visible	4 Dentine cariée visible par transparence sans ou avec rupture localisée de l'émail	5 Micro cavité avec dentine visible du fait de la perte d'intégrité de surface	6 Cavité dentinaire étendue (plus de la moitié de la surface)
Pas de déminéralisation	Déminéralisation limitée à la moitié externe de l'épaisseur de l'émail	Déminéralisation dans la moitié interne de l'épaisseur de l'émail Atteinte de la JAD	Atteinte de la JAD Début déminéralisation de la dentine dans le tiers externe	Déminéralisation du tiers externe Début déminéralisation du tiers moyen de la dentine possible	Déminéralisation du tiers moyen de la dentine	Déminéralisation du tiers profond de la dentine

Figure 7 : Classification ICDAS (34)

5. Lésions des tissus parodontaux

Les tissus durs de la cavité orale ne sont pas les seuls à subir les conséquences de ces troubles comportementaux. Assurément, le parodonte peut également être atteint et se manifester par l'apparition de maladies parodontales.

5.1. Les maladies parodontales (20)

Ces dernières sont des maladies chroniques qui affectent principalement les tissus de soutien des dents ; la gencive, le ligament et l'os, on parle de parodontite. Cette maladie, si elle n'est pas prise en charge, peut aboutir à la perte des dents, ayant alors un impact direct sur l'apport alimentaire.

Dans le cas de personnes souffrant de TCA, donc sous-alimentées pour certains, la maladie parodontale progresse plus rapidement du fait d'une carence en vitamines A, C et E, en acide folique et en calcium.

En effet, comme ces pathologies sont liées à une production accrue d'espèces réactives de l'oxygène, due à une alimentation déséquilibrée, le tabac, le stress, etc. ; les nutriments antioxydants tels que les vitamines A, C et E sont importantes pour maintenir la santé parodontale. Ces nutriments sont retrouvés dans de nombreux fruits, céréales et légumes. L'apport en calcium joue également un rôle crucial dans la construction et donc la densité de l'os alvéolaire qui soutient les dents.

Les maladies parodontales peuvent alors apparaître dans le cas de déficit nutritionnel comme en présence de TCA, mais son origine est plurifactorielle.

5.2. Facteurs à l'origine d'une inflammation gingivale

Certaines maladies chroniques associées, telles que le diabète, peuvent être mis en cause ou être concomitantes à l'inflammation gingivale, de plus qu'une mauvaise HBD également qui peut être retrouvé chez un patient atteint d'hyperphagie boulimique pour cette dernière. (20)

De fait, une augmentation du volume de la plaque dentaire peut être associée à une consommation excessive de saccharose, la plaque dentaire étant considérée comme le facteur étiologique principal du développement et de la progression de la maladie parodontale.



Figure 8 : Photographie d'inflammation gingivale par le Docteur Carl Dousse

Néanmoins, la maladie parodontale n'est pas la seule manifestation des TCA sur les tissus parodontaux.

5.3. Récessions gingivales (7)

On peut retrouver également des récessions gingivales, soit une exposition radiculaire avec des sensibilités associées, pouvant être provoquées par un brossage traumatique voire compulsif ou par une attaque chimique des tissus gingivaux, par une exposition répétée aux acides.



Figure 9 : Photographie de récessions gingivales par le Docteur Carl Dousse

5.4. Autres types de lésions muqueuses

Des inflammations de toutes sortes peuvent aussi être observées chez un patient souffrant de TCA, telles qu'une stomatite, une glossite ; en relation avec des phénomènes émotionnels ou des états dépressifs. Les douleurs seront accentuées par une exposition excessive aux acides. (20)

Les lésions orales de la muqueuse les plus fréquemment retrouvées sont (35)(36) :

- Érythème labiale
- Chéilite exfoliatrice
- Morsures jugales
- Lésions hémorragiques
- Lèvres sèches et craquelées

Dans la littérature, il est démontré que les ulcérations du palais mou et du pharynx peuvent résulter des vomissements auto-induits et de l'exposition directe aux acides. L'insertion d'objets étrangers en bouche tels qu'une cuillère, brosse à dents, etc. ; pour induire ces vomissements peuvent également être à l'origine de ces lésions.

En outre, des carences en fer, en vitamines du groupe B et en folates, souvent retrouvées chez les patients souffrant de TCA, vont affaiblir la capacité de réparation et de régénération des muqueuses. (37)

6. Taux salivaires

6.1. Rôle de la salive

La sécrétion salivaire a, à l'origine, un rôle crucial dans l'hygiène dentaire, que ce soit au niveau des tissus durs ou des tissus mous. Elle a d'abord une action mécanique nettoyante par sa viscosité mais aussi une action anti-infectieuse grâce à son pH alcalin et aux immunoglobulines qu'elle contient. Elle est également importante dans le maintien de la trophicité de l'émail. (38)

6.2. Études comparatives des taux salivaires chez des patients atteints de TCA

Les débits salivaires ont été étudiés chez des patients atteints de TCA par de nombreux auteurs. Une diminution des débits salivaires est associée à un risque accru de caries, à une susceptibilité à d'autres infections bucco-dentaires et à des troubles du goût.

Les effets des TCA sur la salive peuvent être quantitatifs, entraînant une modification des débits salivaires, ou qualitatifs, entraînant une modification de la chimie salivaire, ou les deux. (37)

Riad et *al.* ont étudié la sécrétion salivaire parotidienne chez 28 patients atteints de boulimie par rapport à 30 volontaires sains. Les débits salivaires stimulés et non stimulés ont été mesurés. Quatre femmes atteintes de boulimie présentaient une sialadénose et ont été examinées séparément. Riad et *al.* ont montré que les patients atteints de boulimie avaient un débit salivaire au repos réduit. Les débits salivaires au repos étaient encore plus réduits chez les patients atteints de sialadénose, tandis que le débit stimulé n'était réduit que dans le groupe atteint de sialadénose. Riad et *al.* ont conclu que le trouble fonctionnel fondamental des glandes salivaires chez les patients atteints de boulimie, entraînant une diminution des débits salivaires, se situe au niveau des cellules acineuses et de leur innervation. (37)

Touyz et *al.* ont montré que le pH salivaire moyen des patients souffrant d'anorexie et de boulimie était inférieur à celui des témoins. Le pH salivaire dépend de la concentration de bicarbonate et une augmentation de la concentration de bicarbonate entraîne une augmentation du pH. La concentration de bicarbonate salivaire dépend à son tour fortement du débit salivaire. (37)

Des changements quantitatifs plutôt que qualitatifs affectent la salive. Il est généralement admis que cela peut être attribué aux effets secondaires des médicaments psychoactifs couramment utilisés, notamment les antidépresseurs et les antipsychotiques. (37)

Une étude de suivi sur la fluoxétine et le placebo a été effectué afin d'analyser les conséquences. La fluoxétine est un psychotrope prescrit dans le cadre de dépression ou utilisé en complément d'une psychothérapie pour la diminution de la fréquence des crises de boulimie, des vomissements ou de la prise de laxatifs. (22) Cette étude a fait état d'une diminution du nombre de *S. sobrinus* salivaires pendant 16 semaines chez les patients boulimiques sous traitement. Les auteurs ont estimé que les taux salivaires de ces organismes pourraient servir de marqueur de l'observance du traitement antibulimique par le patient. Il serait utile de poursuivre les recherches dans ce domaine. (22)

6.3. Conséquences des carences nutritionnelles

On observe des carences modérées en protéines, vitamines, zinc et fer chez certains patients souffrant de TCA, celles-ci vont limiter les capacités protectrices de la salive et, combinées à une augmentation de la fréquence quotidienne et de la quantité de sucre ingéré, conduisent certainement à une augmentation du développement et de la progression des caries.

En outre, il a été montré que la malnutrition protéino-énergétique (PEM) et la carence en vitamine A peuvent entraîner une atrophie des glandes salivaires. Cela va engendrer la réduction du flux salivaire et du pouvoir tampon, ce qui va diminuer l'action nettoyante de la salive et la capacité à tamponner les acides de la plaque dentaire. (20)

7. Autres affections de la cavité buccale

7.1. Hypersensibilités dentinaires (7)

Certains patients se plaignent de douleurs dentaires. Ces algies peuvent être en rapport avec la disparition de l'émail et donc l'exposition de la dentine. Des sensibilités thermiques sont décrites, notamment au froid et des sensibilités dues au contact avec les acides extrinsèques ou intrinsèques.

7.2. Algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur (ADAM) (7)

Les articulations temporo-mandibulaires (ATM) peuvent être impliquées dans des processus douloureux chez le patient atteint de TCA. Cette affection est retrouvée principalement dans les cas sévères, consécutive à des pertes de substance et donc à l'altération de la relation intermaxillaire (RIM), qui va se manifester lors de la fonction masticatrice ou certaine fois même au repos. Un déséquilibre occlusal peut en effet créer des douleurs en fonction de son degré de gravité.

Cela reste rare chez l'enfant mais ces algies peuvent apparaître après plusieurs années de TCA chez l'adolescent ou l'adulte.

7.3. Esthétique (7)

Ces pathologies ont des répercussions également esthétiques :

- Récessions gingivales avec exposition de la dentine radiculaire
- Colorations secondaires de la dentine radiculaire par pénétration de colorants exogènes (tabac, thé...)
- Perte de tissus dentaires minéralisés dans le secteur antérieur avec une diminution de la longueur des incisives et des canines

V. Prise en charge pluridisciplinaire

Les troubles du comportement alimentaire sont des affections qui impliquent la collaboration de divers professionnels de santé et exigent une approche pluridisciplinaire pour une prise en charge optimale. (12)

1. Approche du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste, grâce à ses connaissances acquises, peut jouer un rôle clé dans la détection précoce lors de l'examen clinique. C'est ainsi qu'il peut encourager une prise en charge globale qui va impliquer la collaboration de différents milieux de santé. (8) Le rôle du professionnel de santé bucco-dentaire va être avant tout d'intercepter les lésions, qu'elles soient carieuses ou non et d'avoir une attitude préventive auprès du patient. (7)

Les lésions carieuses semblent habituelles à examiner et intercepter pour un chirurgien-dentiste, toutefois, intercepter les lésions érosives est plus compliqué. En effet, leur prise en charge nécessite de détecter dans un premier temps les facteurs déclenchants afin d'y pallier par la suite. On retrouve, la plupart du temps, des facteurs alimentaires, médicamenteux, médicaux, des habitudes nocives et éventuellement des para fonctions, qui peuvent être associées ou non. (7)

Une fois les facteurs identifiés, le chirurgien-dentiste peut proposer des soins de prévention et des conseils au patient pour tenter de contrôler au mieux ces facteurs.

Les gouttières fluorées personnalisées avec un gel de fluorure de sodium neutre à 1,1 % (5 000 ppm) et un vernis au fluorure de sodium à 5 % (2 2600 ppm) appliqués en cabinet sont intéressants pour la reminéralisation de l'email. Les rinçages au fluorure de sodium à 0,05 % (225 ppm) sont également recommandés pour reconstituer les réserves de fluorure tout au long de la journée. Il doit être conseillé aux patients de réduire leur consommation d'hydrates de carbone raffinés, retrouvés dans les glucides, réduire les boissons acides et les agrumes. De plus, des substituts salivaires peuvent être prescrits aux patients souffrant de sécheresse buccale. (8)

L'utilisation de dentifrices pour sensibilités dentaires, bien que son efficacité soit minime sans la suppression totale des facteurs étiologiques, peuvent être conseillé au patient. Le praticien peut également expliquer au patient qu'il est préférable d'éviter un brossage directement après un épisode de vomissements pour préférer un rinçage à l'eau, de la sorte, on prévient la superposition d'abrasion

et d'érosion. Une prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons, comme l'ésoméprazole, peut être délivré, cela va limiter les effets des reflux acides sans les stopper pour autant. (7)

Cependant, pour pouvoir offrir ces conseils et pouvoir assurer un examen clinique adéquate, le praticien doit avoir les connaissances nécessaires quant aux troubles du comportement alimentaire et être capable de déceler les signes alarmants. Dans une étude réalisée en 2016, le regard des chirurgiens-dentistes sur les manifestations physiques et orales des TCA est analysé. Debate et *al.* constatent que moins de la moitié des praticiens (42,3 %) évaluent systématiquement les manifestations bucco-dentaires des TCA chez leurs patients. Les auteurs observent que moins de la moitié des patients souffrant de ces troubles reçoivent des instructions en matière de soins dentaires et que seuls 29,2 % des participants considèrent leur chirurgien-dentiste comme la source la plus utile d'informations dentaires liées à leurs troubles, alors que 84 % d'entre eux estiment qu'Internet était la source la plus utile sur ce sujet. (8)

Près de 71 % des participants à l'étude ont indiqué qu'ils n'ont pas discuté de leurs troubles alimentaires avec leur chirurgien-dentiste actuel. Ils ont déclaré que la gêne, la honte, l'embarras et la peur sont les principaux obstacles qui les empêchent d'engager la conversation. 61% des patients souffrant de TCA ont admis avoir entamé des conversations avec leur dentiste au sujet de leurs maladies, alors que seulement 20,3 % ont déclaré que leur chirurgien-dentiste a lui-même entamé la conversation. (8)

Selon DeBate et *al.*, les chirurgiens-dentistes n'entament pas de conversations avec leurs patients sur la manière d'aborder la question car il n'existe pas de protocole type pour engendrer une discussion concernant les mesures préventives. De plus, aucune politique concernant la divulgation d'informations à un parent ou à un tuteur n'a été établie. Cette étude rapporte que le manque de connaissances sur les effets intra- et extra-oraux des TCA vont créer des barrières qui empêchent les patients de parler ouvertement de leurs problèmes avec leurs praticiens de santé bucco-dentaire. (8)

Les participants à l'étude ont cité des moyens par lesquels les chirurgiens-dentistes pourraient faciliter une discussion sur les TCA et la santé bucco-dentaire, notamment en engageant la conversation (17,6 %), en recevant une formation sur le traitement des patients souffrant de TCA, en portant moins de jugement sur les patients souffrant de ces maladies, en garantissant l'intimité dans le cabinet dentaire (15 %) et en incluant les TCA dans le questionnaire sur les antécédents médicaux (5,2 %). (8)

Il est recommandé aux praticiens qui souhaitent encourager une discussion ouverte avec leurs patients et dissiper leurs craintes au sujet de leur maladie de faire connaître leurs connaissances et d'inclure un questionnaire de dépistage de TCA dans l'anamnèse. Il semble que de nombreux chirurgiens-dentistes ne soient pas suffisamment préparés pour identifier, traiter et orienter les patients souffrant de TCA. L'idée de cours de formation continue et l'amélioration de ces programmes d'enseignement des chirurgiens-dentistes est émis pour inclure des informations sur les complications bucco-dentaires des TCA. Ceux-ci pourraient aider les futurs praticiens à atténuer le développement d'un TCA grâce à une identification, une orientation et un traitement précoces, et à s'intégrer dans un système multidisciplinaire de soins dentaires. (8)

2. Recommandations de la HAS (17)

La Haute Autorité de Santé délivre des recommandations sur la bonne pratique à avoir face à un patient souffrant de TCA. Ces directives soulignent les points clés qu'ils sont importants à retrouver dans l'outil développé.

Dans un premier temps, la HAS parle du repérage de l'état dentaire par l'observation des lésions érosives débutantes, les lésions asymétriques des molaires mandibulaires, la présence ou l'absence de caries qui va donner une indication sur l'alimentation du patient. Les sensibilités thermiques doivent également être repérées.

Le diagnostic est ensuite établi par l'évaluation des lésions observées grâce à des indicateurs tels que la classification de BEWE. De ce fait, l'examen se doit d'être approfondi et certaines informations sont recueillies notamment les attentes du patient, qu'elles soient esthétiques, fonctionnelles, ou tout simplement le soulagement des douleurs. Les habitudes alimentaires (abus d'aliments sucrés, acides...) mais également les éventuelles addictions sont précisées tels que le tabac, l'alcool, les drogues ; etc. Pour finir, toute consommation médicamenteuse doit être communiquée afin d'expliquer l'origine d'une potentielle hyposialie.

A propos de l'aspect psychologique, la HAS délivre des conseils concernant la discussion à aborder avec le patient en présence de TCA. Ils recommandent d'être en tête à tête avec le patient, sans la présence d'un éventuel accompagnant. L'attitude du chirurgien-dentiste envers le patient est tenue d'être bienveillante et sans jugement.

L'alimentation doit être abordée afin de connaître les aliments consommés, leurs fréquences et le mode de consommation. En fonction, des stratégies de soins dentaires possibles et des conseils peuvent être proposés par le professionnel de santé bucco-dentaire.

L'objectif final est d'orienter le patient vers une prise en charge global en impliquant un médecin de son choix afin de confirmer le diagnostic et si besoin de mettre en place un projet de soins pluridisciplinaire.

3. Approche des autres professionnels de santé

Cette prise en charge globale va inciter différentes interventions ; psychosociales, médicales, nutritionnelles mais aussi une éducation thérapeutique. Des conseils sont également prodigués pour compléter cette démarche. (39)

Pour tous les troubles du comportement alimentaire, les thérapies psychologiques spécialisées, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) améliorée trans-diagnostique, sont le traitement de première intention, ayant un impact significatif sur la diminution des symptômes et d'autres aspects des troubles. (39)

Les avancées les plus importantes dans le traitement des troubles de l'alimentation se sont récemment produites grâce à des essais de thérapie psychologique menés auprès de patients de diverses tranches d'âges souffrant d'anorexie mentale. Ces avancées sont étayées par plusieurs revus systémiques, réseaux de recherches et méta-analyses. Pour les enfants et les adolescents le traitement en famille, appelé « Traitement familial de l'anorexie », constitue la principale modalité de soins. Il peut être dispensé à l'ensemble de la famille ou à une famille séparée, où les parents sont consultés séparément de l'enfant. Cette approche a également été adaptée pour la boulimie. (39)

Contrairement aux soins psychologiques, les traitements pharmacologiques de l'anorexie mentale ont moins progressé. Des études pilotes ont été menés sur les antipsychotiques de deuxième génération, tels que l'olanzapine, pour traiter l'anorexie mentale, et des résultats mitigés sont ressortis. Un essai récent de 16 semaines, contrôlé par placebo et mené en ambulatoire, sur l'olanzapine (dose moyenne de 7,77 mg/jour) en tant que traitement primaire pour les adultes souffrant d'anorexie mentale, a révélé un effet modéré sur la prise de poids en faveur du médicament actif. Cependant, le taux de prise de poids était très faible (environ 0,7 kg/mois) et qui plus est, négligeable par rapport au placebo. Il n'y a pas eu d'autres différences significatives sur les résultats primaires et une seule différence sur les résultats secondaires concernant les problèmes de forme, en faveur du groupe placebo. Il est important de noter qu'aucune différence n'a été observée au niveau des résultats métaboliques. (39)

D'autres agents psychotropes, tels que les antidépresseurs, ont peu de rôle direct ou de preuves pour le traitement de l'anorexie mentale, mais les antidépresseurs peuvent être utilisés en cas de dépression majeure comorbide. (39)

L'éducation nutritionnelle, dans le cadre du traitement des TCA, joue un rôle fondamental car elle contribue à ce que le patient modifie ses attitudes et ses habitudes par rapport à la nourriture, elle vise à réduire ses craintes et à ce qu'il rétablisse un mode d'alimentation sain, favorisant ainsi son rétablissement nutritionnel. (40)

Les risques d'une réalimentation trop rapide et du syndrome de réalimentation sont désormais bien connus, mais les programmes sont peut-être devenus trop prudents. La recherche soutient l'optimisation des soins hospitaliers pour permettre des protocoles de reprise de poids plus rapides et des protocoles de réalimentation plus affirmés se sont avérés sûrs lorsqu'ils sont associés à une surveillance médicale affirmée et à une supplémentation nutritionnelle, par exemple en phosphate. Toutefois, ces régimes doivent surveiller la détresse psychologique, car le risque peut être augmenté en cas de prise de poids plus rapide. (39)

4. Notion d'équipe médicale

Lorsque le chirurgien-dentiste est le premier professionnel de santé à identifier un TCA, son rôle est de convaincre le patient de l'intérêt d'une consultation complémentaire auprès de son médecin généraliste, chez un psychiatre ou encore un nutritionniste. Une relation de confiance entre le dentiste et le patient est impérative pour accompagner le patient dans sa prise en main. (22)

Cette démarche n'étant pas toujours facile, il est intéressant d'identifier le meilleur choix adapté à chaque situation individuelle. Un médecin généraliste, qui a la confiance du patient et/ou de sa famille, peut plus facilement orienter le patient vers une prise en charge psychiatrique. Il est donc souhaitable de se mettre en relation avec ce confrère afin de croiser les informations et de rassurer le patient. (7)

Le déni et la honte sont des caractéristiques fortes des troubles alimentaires, de sorte que, de nombreuses personnes atteintes, tentent de dissimuler leurs problèmes ou se présentent avec d'autres symptômes. Cependant, une perte de poids inexplicable, des problèmes abdominaux et gynécologiques, des maux de gorge dus à des vomissements récurrents, un mauvais sommeil, une léthargie et une fatigue doivent alerter le personnel de soins primaires sur la possibilité de TCA. (22)

Bien que le dentiste puisse soupçonner les vomissements d'être à l'origine de l'érosion, le patient souffrant d'une de ces pathologies n'admettra pas facilement un tel comportement, car il peut être très secret et embarrassé.

Un autre paramètre modifiable important peut avoir un impact majeur sur la santé bucco-dentaire, il s'agit de la nutrition. Un mauvais état nutritionnel peut avoir un effet négatif sur la santé bucco-dentaire, impliquer un nutritionniste dans la prise en charge d'un patient souffrant de TCA peut donc être intéressant. (20)

Des équipes interdisciplinaires travaillant ensemble peuvent alors contribuer à garantir un bon état de santé bucco-dentaire et une alimentation adéquate pour le patient. (20)

VI. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes en France en 2023

1. Présentation de l'étude

1.1. Problématique

Après avoir exposé les différentes manifestations sur la cavité orale des troubles du comportement alimentaire, on remarque qu'il existe un grand nombre de répercussions possibles.

On peut donc être amené à nous poser plusieurs questions : Est-ce que les professionnels de santé bucco-dentaire sont assez formés quant à la détection des TCA ? Sont-ils souvent confrontés à ces pathologies dans leur exercice ? Se sentent-ils impliqués dans leur prise en charge et y prêtent-ils suffisamment attention ?

1.2. Hypothèse

Les chirurgiens-dentistes détiennent un rôle clé dans la détection de ces troubles du comportement alimentaire. Toutefois, d'après les études précédemment évoquées, l'hypothèse qu'il existe un manque de connaissances et d'implication de la part des praticiens de santé bucco-dentaire peut être soulevée.

La participation de volontaires à cette étude va permettre de répondre à ces questionnements.

1.3. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer les connaissances des chirurgiens-dentistes quant aux répercussions des TCA sur la sphère orale. Dans un second temps, cette enquête a pour objectif d'évaluer l'implication des chirurgiens-dentistes dans la prise en charge de ces troubles du comportement alimentaire.

Un questionnaire a été réalisé auprès des étudiants en odontologie et des dentistes diplômés de la France entière afin de répondre à ces interrogations.

2. Méthode

2.1. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été créé sur la plateforme Google Forms et diffusé sur les réseaux sociaux pour maximiser le nombre de réponses. Les résultats ont été collectés de septembre 2023 à octobre 2023, soit sur une période de 1 mois.

Il est précisé dès le début du questionnaire que les réponses sont anonymes et l'avis du participant sur la pertinence d'un outil d'évaluation est demandé à la fin, avec la possibilité de laisser des commentaires si la personne le souhaite.

2.2. Présentation du questionnaire

L'étude se présente sous la forme de questions avec des réponses à choix multiples et est divisée en deux sections. Une première rubrique composée de questions générales : le sexe, le lieu et le nombre d'années d'exercice, le rapport personnel que le participant a vis-à-vis des TCA.

La deuxième rubrique est quant à elle centrée sur l'approche clinique et psychologique que les praticiens amorcent auprès de patients souffrant de TCA. De plus, les connaissances sur les manifestations orales de ces troubles sont évoquées.

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Des critères d'inclusion ont été fixés au préalable, les participants admissibles à l'étude devaient au minimum être en 4^{ème} année d'études d'odontologie, soit en première année de clinique et donc au contact de patients. Les volontaires pouvaient également être des chirurgiens-dentistes en activité ou bien retraités. Sans l'une de ces conditions, la personne n'était pas invitée à participer à l'étude.

Aucun critère d'exclusion concernant le lieu de formation n'a été défini, les participants pouvaient aussi bien être en cours de formation ou avoir obtenu leur diplôme en France comme à l'étranger.

3. Résultats statistiques

Nous avons récolté 201 participations comprenant des étudiants ou des praticiens diplômés de plus de 20 départements différents.

Les résultats sont observés sous forme de diagrammes circulaires :

3.1. Première partie : Préambule

- La première question a révélé qu'une majorité de femmes a répondu au questionnaire (67,2% face à 32,8% d'hommes).
- Nombre d'années d'exercice : une majorité de chirurgiens-dentistes diplômés (54,2% face à 45,8% d'étudiants).

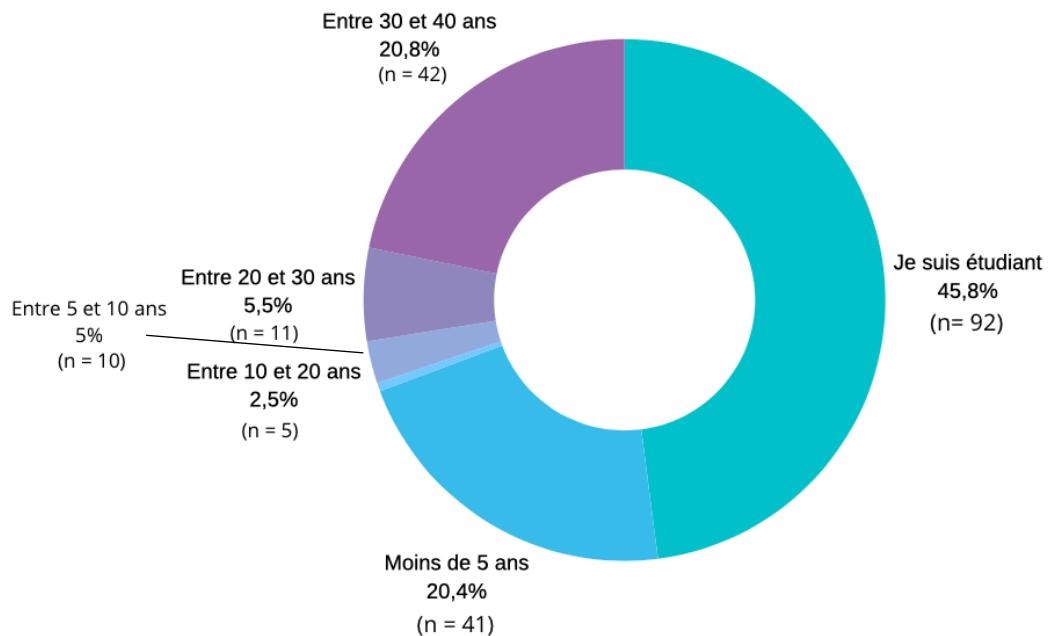


Figure 10 : Question 3, Années d'exercice du participant

- Définition des TCA : une majorité pense la connaître.

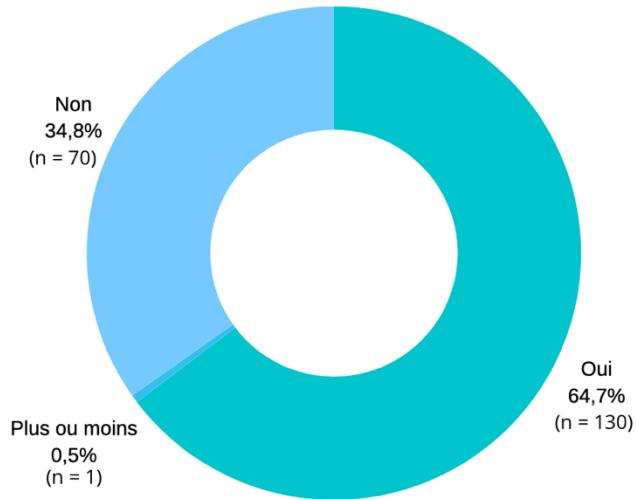


Figure 11 : Question 4, Évaluation sur la connaissance de la définition des TCA

- Définition de la Haute Autorité de Santé (HAS) : une majorité est d'accord sur le fait qu'elle concorde avec ce à quoi ils pensaient.

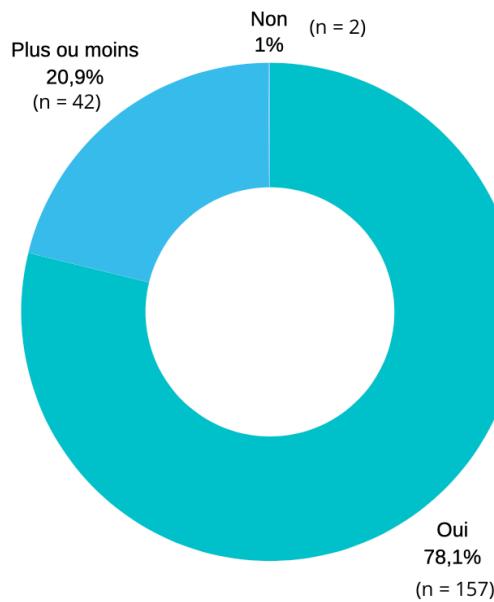


Figure 12 : Question 6, Définition de la HAS

- Plus de la moitié de la population a déjà été confrontée à un TCA que ce soit lui-même ou via un proche.

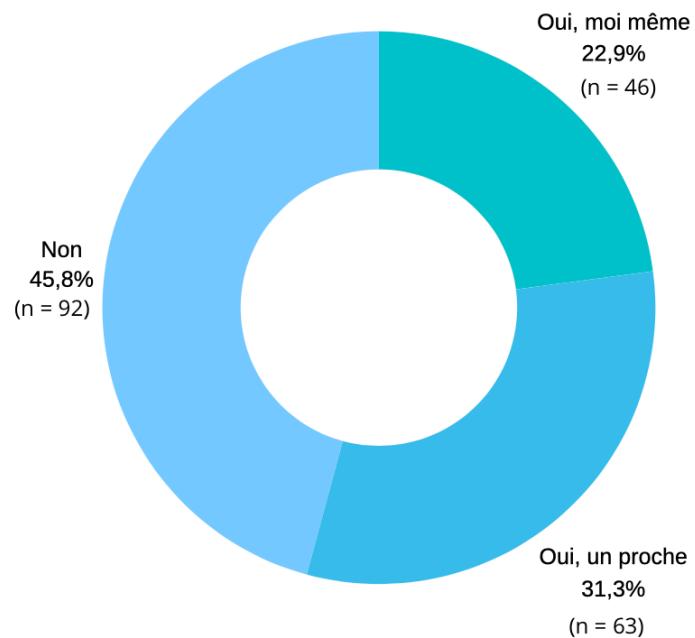


Figure 13 : Question 5, Antécédent du participant avec les TCA

3.2. Seconde partie : Approches clinique et psychologique

- Une grande majorité ne se souvient pas avoir bénéficié d'une formation sur les TCA au cours des études. Pour les 24 personnes se souvenant avoir eu une formation, on compte 78,2% d'entre eux qui sont encore étudiants ou qui exercent depuis moins de 5 ans.
-

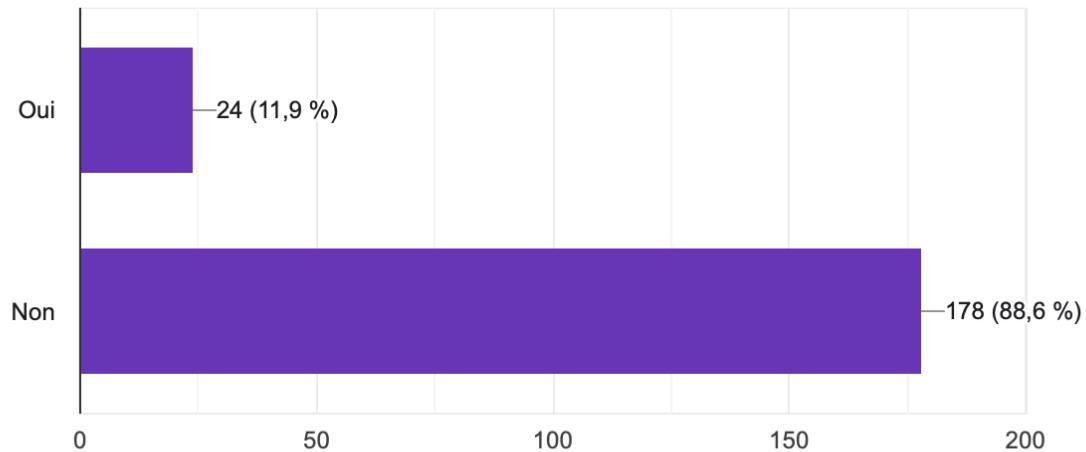


Figure 14 : Question 7, Antécédent de formation sur les TCA

- La moitié de la population étudiée pense connaître les manifestations bucco-dentaires qui peuvent survenir chez les personnes souffrant de TCA. Parmi les participants ayant répondu avoir bénéficié d'une formation, 70% d'entre eux ont répondu connaître les manifestations bucco-dentaires.

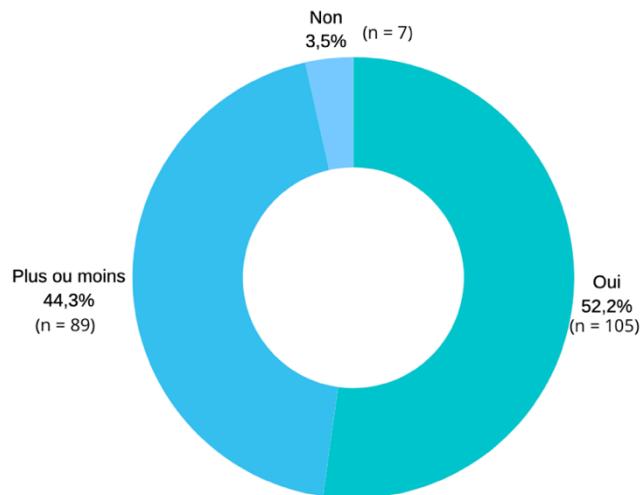


Figure 15 : Question 8, Connaissances des manifestations bucco-dentaires à la suite d'un TCA

- Près de la moitié de la population dit ne pas penser ou ne pas prêter attention aux signes évocateurs des TCA lors de leurs examens cliniques.

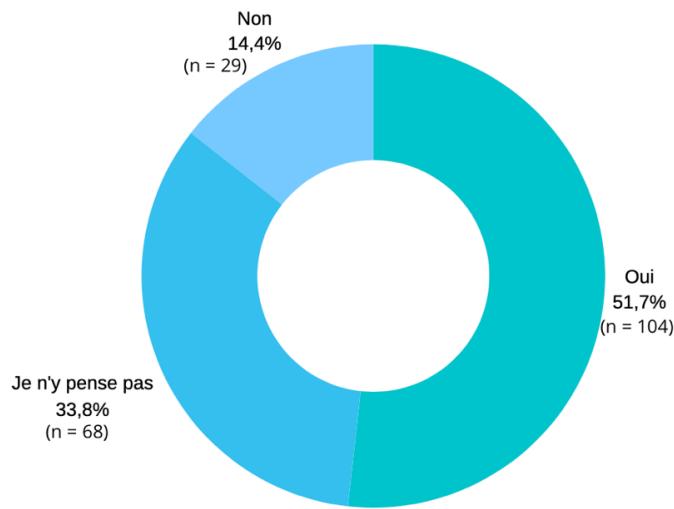


Figure 16 : Question 9, Implication du praticien dans le diagnostic des TCA

- Plus de la moitié de la population a déjà eu des doutes sur un diagnostic de TCA, n'y prête pas attention ou n'en a jamais diagnostiqué.

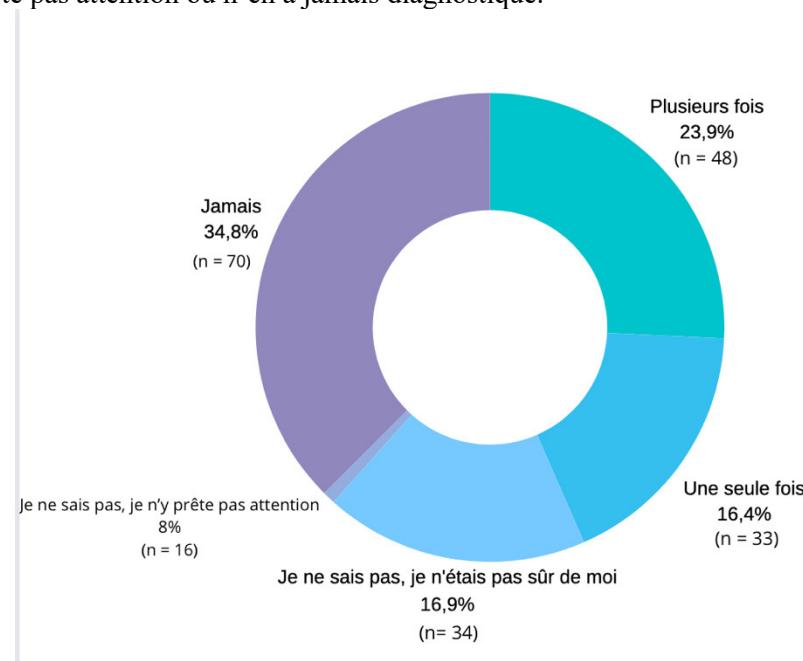


Figure 17 : Question 10, Nombre de confrontation des participants avec un patient souffrant de TCA

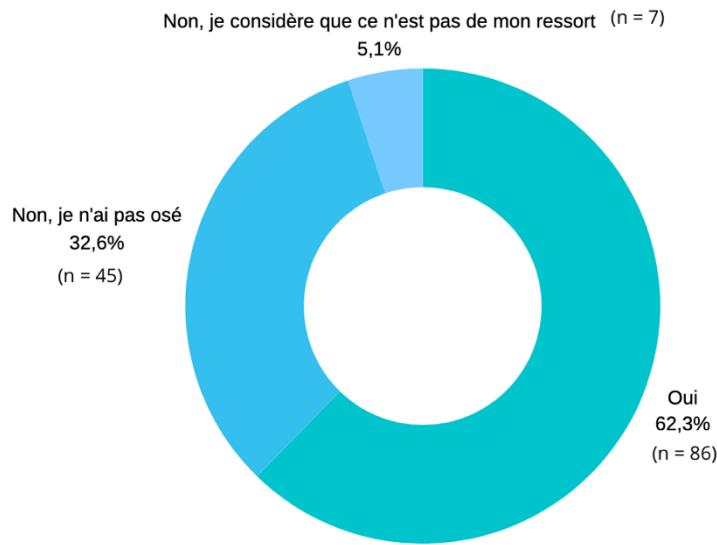


Figure 18 : Question 11, Les praticiens abordent-ils le sujet avec les patients ?

Parmi les personnes interrogées ayant déjà diagnostiqué un TCA (ou ayant eu un doute) 30,2% n'ont pas osé en parler au patient ou n'en ont pas parlé car ils ne considèrent pas que ce soit de leur ressort.

Les données de la question 11 ont dû être analysées individuellement, en fonction de ce que chaque participant avait répondu à la question 10, car certains participants y avaient tout de même répondu, bien qu'ils n'aient jamais diagnostiqué de TCA ou eu de doute. De ce fait, nous avons calculé à nouveau les pourcentages pour ne pas avoir d'erreur.

Grâce à ce calcul, on a pu pousser l'analyse encore plus loin. En effet, 3 données ont été analysées : les personnes ayant eu un doute sur une présence de TCA lors d'un examen, les personnes en ayant diagnostiqué seulement 1 fois, et celles en ayant diagnostiquées plusieurs fois.

Selon ces 3 critères on a remarqué que :

- Chez les personnes ayant eu un doute : 52,8% n'ont pas osé en parler aux patients, soit plus de la moitié.
- Chez les personnes ayant diagnostiqué 1 fois un TCA : 17,6% n'ont pas osé en parler aux patients.
- Chez les personnes en ayant diagnostiqué plusieurs fois : 20,4% n'ont pas osé en parler et 2% n'en ont pas parlé car ils n'estimaient pas que cela était de leur ressort.

- 70% de la population est d'accord pour dire qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder avec un patient.

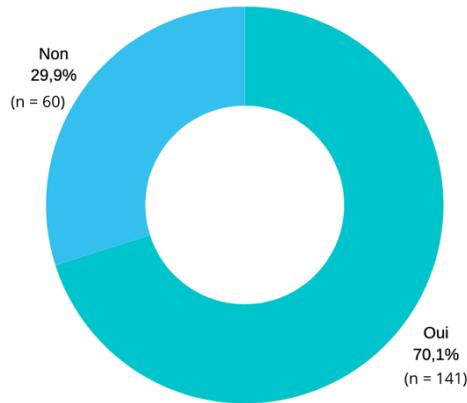


Figure 19 : Question 12, Difficulté d'aborder le sujet des TCA avec le patient

- Seulement 5,5% de la population ont examiné des patients adressés par un professionnel de santé pour ce genre de troubles et parmi ces patients adressés, 81% se plaignaient de douleurs

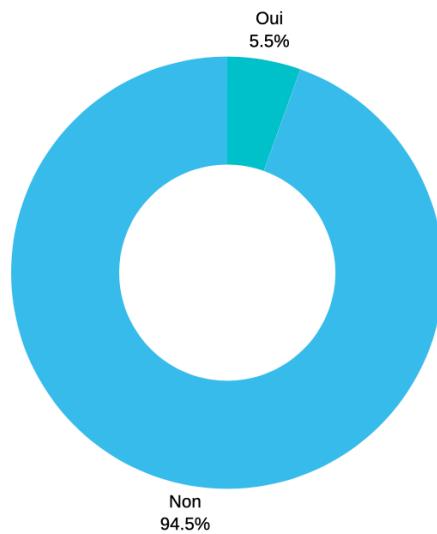


Figure 20 : Question 13, Praticiens ayant examiné des patients adressés par d'autres professionnels de santé

- Plus de 90% de la population pense qu'il serait intéressant de créer un outil d'évaluation pour l'examen clinique et l'interrogatoire

4. Discussion

4.1. Analyse des résultats

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des chirurgiens-dentistes sur les manifestations orales des troubles du comportement alimentaire. Cette enquête avait également pour but d'analyser l'implication du praticien dans la prise en charge global de patients souffrant de TCA.

Grâce au questionnaire, on observe que le problème majeur n'est pas lié à un manque de connaissances de la part des chirurgiens-dentistes mais plutôt à un manque d'implication dans leur prise en charge.

La diversité des lieux d'exercice a apporté un intérêt à cette enquête :

- Formations différentes
- Nombre d'années d'exercice différent
- Expériences du métier multiples

Les résultats de ce questionnaire ont permis de mettre en évidence plusieurs points :

- Les TCA sont un vrai problème de santé publique, d'après les résultats, la moitié de la population y a déjà été confronté que ce soit personnellement ou via un proche.
- Les praticiens ne connaissent pas tous la définition des TCA et n'ont pour la plupart pas le souvenir, ou tout simplement pas bénéficié, d'une formation sur le sujet pendant leurs études. Seulement 20% de la population étudiée se dit avoir eu recours à une formation sur les TCA durant leurs études.

Parmi eux, 78,2% sont encore étudiants ou bien exercent depuis moins de 5 ans, on peut donc parler d'une réforme récente dans l'enseignement ou bien de biais de mémoire de la part des participants diplômés depuis plusieurs années. Cela montre une volonté de formation sur le sujet du fait que ces troubles deviennent un véritable enjeu de santé.

70% des personnes ayant eu une formation se disent connaître les manifestations bucco-dentaires des TCA et 70,8% estiment qu'ils font assez attention aux signes évocateurs de ces manifestations.

Nous pouvons supposer que la qualité de la formation n'est pas assez approfondie ou bien que les praticiens n'y attachent pas assez d'importance malgré un apprentissage en amont.

- Concernant la communication, 60,8% des personnes ayant bénéficié d'une formation sont d'accord sur le fait qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder avec le patient. Parmi ces 60,8%, la moitié disent ne pas avoir osé en parler à leurs patients au moment du diagnostic. On en vient donc à supposer que la formation dont ils ont bénéficié manque de conseils quant à l'échange à avoir avec le patient et peut être l'un des facteurs qui explique les lacunes des praticiens dans la communication.
- Les praticiens disent connaître les répercussions bucco-dentaires liés aux TCA mais d'après les statistiques, trop peu y prête attention lors de leurs examens et beaucoup ont des doutes sur le diagnostic probablement expliqué par un manque de connaissances ou bien une volonté d'ignorance des signes évocateurs.
- Les professionnels de santé, autres que les chirurgiens-dentistes, ne semblent pas assez adresser les patients souffrant de TCA auprès des chirurgiens-dentistes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ignorent les répercussions de ces pathologies sur la sphère orale ou tout simplement car ils estiment que la santé bucco-dentaire n'est pas une priorité.
- Trop peu de praticiens se sentent concernés par les TCA, on note un défaut de communication avec le patient sur le sujet, soit car ils ne savent pas comment aborder la conversation soit car ils considèrent simplement que ce n'est pas de leur ressort. Ils ne mesurent pas l'impact du chirurgien-dentiste sur ces pathologies et le rôle de prévention qu'il peut avoir.
- Les chirurgiens-dentistes qui ont eu des doutes sur leurs diagnostics au moment de l'examen se sentent probablement moins légitimes d'aborder le sujet des TCA avec leurs patients qu'un praticien qui en a déjà diagnostiqué auparavant. On peut supposer que ces praticiens ayant déjà diagnostiqué une ou plusieurs fois un TCA sont plus confiants du fait de connaissances plus approfondies sur le sujet.

Ces analyses soulèvent le problème d'un manque d'implication des professionnels bucco-dentaire sur les troubles du comportement alimentaire.

4.2. Limites de l'étude

L'étude comporte tout de même quelques limites, notamment le fait que presque 46% des participants se trouvent être des étudiants, donc des praticiens avec peu d'expériences et moins de chance d'avoir déjà été confrontés à des patients souffrant de TCA. La pertinence des réponses est donc moins intéressante que si nous avions eu des réponses uniquement de praticiens exerçant depuis plusieurs années.

Il aurait été intéressant de préciser le lieu de formation des participants en plus du lieu d'exercice actuel dans le but de comparer les différentes formations et observer si cela avait un impact sur les réponses recueillies.

Une surreprésentation féminine est également observée dans l'enquête, ce qui n'est pas en accord avec la population de chirurgiens-dentistes en France malgré une féminisation de la profession (48% de femmes) d'après les derniers chiffres du Ministère des Solidarités et de la Santé, datant de 2021. (41)

Le biais de déclaration peut également être évoqué dans ce type d'étude, les individus interrogés ont pu mentir ou déformer la réalité. Que cela soit fait de manière consciente ou inconsciente, les résultats peuvent être faussés.

VII. Développement d'un outil d'évaluation

1. Objectifs de la création d'un outil d'évaluation

La présence accrue de TCA dans la société est soulevée par l'étude et expose un vrai enjeu de santé. Les professionnels de santé bucco-dentaire disposent d'un rôle majeur dans la détection, la prévention mais également la prise en charge globale de ces troubles. (9)

Malheureusement, d'après les résultats observés, trop peu de praticiens ont bénéficié d'une formation appropriée au cours de leurs études ou trop peu s'en souviennent encore à l'heure d'aujourd'hui. Les manifestations bucco-dentaires des TCA sont donc peu, voir mal connues des chirurgiens-dentistes et l'approche que le praticien a face à ses troubles en pâtit.

Ces lacunes, présentent aussi bien dans le diagnostic que dans la communication, portent préjudice à la prise en charge précoce des TCA. Le manque d'intérêt et d'implication de certains praticiens au sujet de ces troubles de conduite alimentaire se sont reflétés également dans les résultats de l'étude.

Ce manque d'implication n'est pas seulement retrouvé dans le domaine de la santé bucco-dentaire puisque d'après l'enquête, peu de praticiens ont déjà reçu des patients adressés par d'autres professionnels de santé, tels qu'un psychiatre, un médecin généraliste ; etc.

La prise en charge des TCA doit être globale et pour cela, les praticiens des différents domaines de santé se doivent de porter plus d'intérêt à cette notion d'équipe médicale.

Afin de faciliter le diagnostic et aider le chirurgien-dentiste dans le dialogue à engager avec le patient souffrant de TCA, nous proposons l'élaboration d'un outil d'évaluation lors de l'examen clinique mais également un outil composé de questions types à délivrer au patient.

L'intérêt est de ne pas passer à côté de la détection d'un de ces troubles grâce à un examen clinique approprié mais également d'impliquer le patient lors de la consultation par des questions sur ses habitudes potentiellement nocives. L'objectif est également de gagner la confiance du patient à travers l'intérêt que son praticien porte à son égard et les conseils prodigués.

2. Quel type d'outil ?

2.1. Présentation des tableaux

L'outil est présenté sous la forme de 2 tableaux distincts. Un premier rattaché à l'examen clinique, le second à la discussion à engager avec le patient une fois que le diagnostic est établit.

Le choix de diviser le tableau en deux tableaux distincts se justifie par un souci de clarté et de pratique lors de l'utilisation. Cela permet de dissocier la consultation avec un premier temps pour le diagnostic posé lors de l'examen clinique approfondi. Le second temps est dédié à l'échange avec le patient qui est tout aussi primordial pour détecter les facteurs étiologiques des troubles diagnostiqués en amont.

Le format de tableau permet de regrouper les informations de manière organisées.

Le premier tableau de l'examen clinique est composé des éléments bucco-dentaires pouvant être atteints chez un patient souffrant d'un TCA. Il compte les tissus durs et mous, le taux salivaire, les algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur (ADAM) et l'esthétique de la denture. Cet outil est présenté ci-dessous dans le Tableau 3.

Tous ces facteurs sont évalués et, à terme, le chirurgien-dentiste peut poser un diagnostic précis concernant le patient, soit la présence ou non d'un trouble du comportement alimentaire.

			Faces	Classification BEWE			
EXAMEN CLINIQUE	TISSUS DURS	Erosion	Linguales	0 1 2 3			
			Occlusales	0 1 2 3			
			Vestibulaires / cervicales	0 1 2 3			
		Lésions carieuses	Secteurs	Classification ICDAS			
			1	0 1 2 3 4 5 6			
			2	0 1 2 3 4 5 6			
			3	0 1 2 3 4 5 6			
			4	0 1 2 3 4 5 6			
		Risque carieux	Faible	Elevé			
		Attrition / Bruxisme	Oui	Non			
		Abrasion	Oui	Non			
EXAMEN CLINIQUE	TISSUS MOUS	Récessions gingivales	Classification de Chicago				
			0	RT1	RT2	RT3	
		Indice de plaque	Faible	Elevé			
		Maladie parodontale	Classification de Chicago				
			0	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
			0	Grade A	Grade B	Grade C	
	TAUX SALIVAIRES	Flux	Diminué	Normal	Elevé		
		Acidité	pH < 7	pH = 7	pH > 7		
	ADAM	RIM	Diminué	Elevé			
		Algies	Oui	Non			
EXAMEN CLINIQUE	ESTHETIQUE	Exposition dentine radiculaire	Oui	Non			
		Colorations	Oui	Non			
		Longueur incisives / canines	Diminué	Normale			

Tableau 3 : Outil d'évaluation - Examen clinique

A partir du premier tableau, le praticien détermine si le patient souffre de TCA d'un point de vue clinique, le second tableau a pour objectif de rechercher les facteurs étiologiques et déclenchants à l'origine de l'éventuel trouble de conduite alimentaire.

Ce deuxième tableau est composé de questions autour de l'alimentation du patient qui joue un rôle majeur dans l'évolution des TCA, la consommation des aliments ainsi que leur fréquence sont abordées. On retrouve aussi une partie médicamenteuse concernant une potentielle prise de médicaments ainsi que le recueil d'informations sur le brossage des dents du patient. Le suivi médical du patient est également évoqué et les habitudes nocives et para-fonctions, donnant des renseignements sur l'origine du TCA impliquée. Cet outil est présenté ci-dessous dans le Tableau 4.

Q U E S T I O N N A I R E	ALIMENTATION	1. Quelle consommation de produits sucrés par semaine ?
		2. Quelle consommation de produits acides par semaine ?
		3. Quelle fréquence de prise alimentaire par jour ?
	MEDICAMENTEUX	1. Prise de médicaments ?
		2. Quelle type de brosse à dents ?
		3. Quelle fréquence de brossage par jour ?
		4. Quel dentifrice ? Avec ou sans fluor ?
	MEDICAL	1. Le patient est-il adressé par un psychologue ?
		2. Le patient est-il suivi par un psychologue / nutritionniste ?
		3. La patiente est-elle enceinte ?
	HABITUDES NOCIVES / PARA FONCTIONS	1. Quelle consommation de tabac ?
		2. Quelle consommation d'alcool par semaine ?
		3. Présence de brossage traumatique ?
		4. Présence de vomissements auto-induits ?
		5. Présence de grignotages entre les repas ?
		6. Présence de gouttière occlusale ?

Tableau 4 : Outil d'évaluation - Questionnaire

2.2. Deux outils à tester

Les tableaux présentés précédemment restent des propositions et auraient besoin d'être testés auprès de plusieurs chirurgiens-dentistes afin de pouvoir valider leur efficacité.

Le but de ceux-ci est d'appuyer le travail du chirurgien-dentiste dans son diagnostic, son discours et sa prise en charge par la suite. De ce fait, l'objectif secondaire est d'améliorer la détection des TCA dans le domaine de l'odontologie et donc d'accompagner un plus grand nombre de patients souffrant de TCA qui ne sont pas conscients ou simplement dans le déni dans leurs pathologies.

VIII. Conclusion

Les troubles du comportement alimentaire ont une origine multifactorielle qui va être essentiel de rechercher pour une prise en charge optimale. Ce manuscrit a mis en lumière l'importance de la sensibilisation des chirurgiens-dentistes aux signes et symptômes des TCA, ainsi qu'à leur rôle dans l'éducation des patients et dans la mise en place de stratégie de prévention. Les chirurgiens-dentistes peuvent contribuer de manière significative à la santé générale des individus souffrant de ces troubles.

Associé à cela, il a été montré que l'exposition aux messages médiatique (réseaux sociaux, télévision, etc.) peuvent contribuer à leur évolution. De nos jours, les jeunes adultes passent beaucoup de temps sur les réseaux sociaux. La Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) a observé que les personnes avec une utilisation intensive des réseaux sociaux présentent un risque plus élevé d'être concernés par un trouble alimentaire que la population générale. (41)

Cette idée que la société actuelle puisse être l'un des facteurs à l'origine de l'augmentation du nombre de patients touchés par ces troubles montre que cette population nécessite plus que jamais une prise en charge odontologique appropriée. L'intervention bucco-dentaire offre un accès à des indices précieux, plaçant le chirurgien-dentiste en première ligne pour une prise en charge précoce déterminante dans l'évolution des TCA. La beauté de notre métier se trouve également dans l'impact majeur qu'ont nos interventions dans le bien-être de nos patients.

La précocité d'une prise en charge est l'un des facteurs clés de son succès et de l'amélioration de la qualité de vie du patient. Faut-il encore que les chirurgiens-dentistes soient conscients de l'impact de ces troubles et de leur rôle à jouer. C'est pourquoi il est important de se former en amont et d'intégrer ces troubles dans les programmes de formation. De plus, il est important que les chirurgiens-dentistes bénéficient d'une formation continue durant leurs carrières afin de rester informés des avancées dans le domaine des TCA et des meilleures pratiques en matière de prise en charge.

Table des illustrations

Figure 1 : Anorexie mentale – Caractéristiques.....	20
Figure 2 : Photographies de lésions d'érosion et d'attrition par le Docteur Carl Dousse	30
Figure 3 : Facteurs influençant l'occurrence d'érosion dentaire (27)	34
Figure 4 : Photographie de lésions d'abrasion dentaire (photographie du site de la Société Odontologique de Paris).....	36
Figure 5 : Photographie de lésions d'attrition dentaire par le Docteur Carl Dousse	37
Figure 6 : Schéma de Keys - La lésion carieuse, une maladie plurifactorielle (32)	40
Figure 7 : Classification ICDAS (34)	42
Figure 8 : Photographie d'inflammation gingivale par le Docteur Carl Dousse	44
Figure 9 : Photographie de récessions gingivales par le Docteur Carl Dousse	45
Figure 10 : Question 3, Années d'exercice du participant	59
Figure 11 : Question 4, Évaluation sur la connaissance de la définition des TCA	60
Figure 12 : Question 6, Définition de la HAS	60
Figure 13 : Question 5, Antécédent du participant avec les TCA.....	61
Figure 14 : Question 7, Antécédent de formation sur les TCA	62
Figure 15 : Question 8, Connaissances des manifestations bucco-dentaires à la suite d'un TCA	63
Figure 16 : Question 9, Implication du praticien dans le diagnostic des TCA	63
Figure 17 : Question 10, Nombre de confrontation des participants avec un patient souffrant de TCA.....	64
Figure 18 : Question 11, Les praticiens abordent-ils le sujet avec les patients ?.....	64
Figure 19 : Question 12, Difficulté d'aborder le sujet des TCA avec le patient.....	66
Figure 20 : Question 13, Praticiens ayant examiné des patients adressés par d'autres professionnels de santé.....	66

Table des tableaux

Tableau 1 : Complications spécifiques des différents troubles du comportement alimentaire	21
Tableau 2 : Critères permettant de définir un score dans la classification BEWE dent par dent	31
Tableau 3 : Outil d'évaluation - Examen clinique.....	72
Tableau 4 : Outil d'évaluation - Questionnaire	73

IX. Bibliographie

1. Masson E. EM-Consulte. [cité 20 déc 2023]. Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1465993/grossophobie-dans-le-monde-soignant-une-realite-a->
2. à 06h00 PVC et S de LL 9 mars 2023. leparisien.fr. 2023 [cité 20 déc 2023]. Fast-foods : y a-t-il trop d'enseignes de restauration rapide à Paris et en Île-de-France ? Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/economie/consommation/fast-foods-y-a-t-il-trop-denseignes-de-restauration-rapide-a-paris-et-en-ile-de-france-09-03-2023-ELL2PAV55JHDHAMX6TKJ5MU4VA.php>
3. Obésité et surpoids : près d'un Français sur 2 concerné [Internet]. 2023 [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/obesite-et-surpoids-pres-d-un-francais-sur-2-concerne>
4. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
5. Synthèse du bilan de la feuille de route — Santé mentale et psychiatrie. 2023;
6. Grigioni S, Garcia FD, Déchelotte P. Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire: Eating disorders: Semiology and classification. Médecine Mal Métaboliques. 1 mars 2012;6(2):125-30.
7. Béatrice Thivichon-Prince, Brigitte Alliot-Licht. La bouche de l'enfant et de l'adolescent. ELSEVIER. 2019. (Pierre Cochat).
8. Antonelli JR, Seltzer R. Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa. Tex Dent J. sept 2016;133(9):528-35.
9. Épidémiologie : à propos des chiffres concernant les TCA [Internet]. 2022 [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/483-epidemiologie-a-propos-des-chiffres-concernant-les-tca>
10. Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. J Pédiatrie Puériculture. 1 juin 2018;31(3):113-45.
11. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 sept 2023]. Anorexie mentale : prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
12. Chris Sproat, Georgina Burke, Mark McGurk. L'essentiel de la médecine générale pour le chirurgien-dentiste. MASSON. 2009.
13. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry. nov 2016;29(6):340.
14. Kévin. Nutrition - Les Référentiels des Collèges - ELSEVIER / MASSON - Critique de Kévin [Internet]. [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/nutrition-les-referentiels-des.html>
15. Kaye W. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. Physiol Behav 94: 121-135. Physiol Behav. 1 mai 2008;94:121-35.
16. Forney KJ, Buchman-Schmitt JM, Keel PK, Frank GKW. The medical complications associated with purging. Int J Eat Disord. 2016;49(3):249-59.
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 sept 2023]. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge
18. Estelle L. Haute Autorité de santé. 2019;
19. Lock J, Via MCL. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1 mai 2015;54(5):412-25.
20. Gondivkar SM, Gadball AR, Gondivkar RS, Sarode SC, Sarode GS, Patil S, et al. Nutrition and oral health. Dis Mon. 1 juin 2019;65(6):147-54.
21. (PDF) Oral Manifestations of Eating Disorders [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/271259563_Oral_Manifestations_of_Eating_Disorders
22. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. Br Dent J. févr 1999;186(3):109-13.

23. Dental fear, regularity of dental attendance and subjective evaluation of dental erosion in women with eating disorders - Willumsen - 2005 - European Journal of Oral Sciences - Wiley Online Library [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.docelec.univ-lyon1.fr/doi/10.1111/j.1600-0722.2005.00227.x>
24. Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013;58(4):390-407.
25. DeBate RD, Shuman D, Tedesco LA. Eating disorders in the oral health curriculum. *J Dent Educ.* mai 2007;71(5):655-63.
26. Parodontologie & dentisterie implantaire : Volume 1 : médecine parodontale (Coll. Dentaire) [Internet]. [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: https://books.google.com/books/about/Parodontologie_dentisterie_implantaire_V.html?hl=fr&id=b1ETCwAAQBAJ
27. Adrian Lussi, Thomas Jaeggi. L'érosion dentaire : diagnostic, évaluation du risque, prévention, traitement. Quintessence Internationale. 2012.
28. Colon P, Lussi A. Minimal intervention dentistry: part 5. Ultra-conservative approach to the treatment of erosive and abrasive lesions. *Br Dent J.* avr 2014;216(8):463-8.
29. Mérycisme : causes, conséquences et traitements psychologiques [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/tca/merycisme-causes-consequences-traitements>
30. Rosten A, Newton T. The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature. *Br Dent J.* oct 2017;223(7):533-9.
31. Hemmingsson E. Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Curr Obes Rep.* 2018;7(2):204-9.
32. Les maladies dentaires [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/mes-dents-ma-sante/generalites/maladies-buccodentaires/173-maladies-dentaires>
33. Sophie Doméjean, Denis Bourgeois, Stéphanie Tubert-Jeannin. ANNEXES DE L'ICDAS II, Manuel de critères. Clermont-Ferrand, Lyon; 2009.
34. Coulot C. Prise en charge des lésions carieuses proximales et occlusales chez les enfants et les adolescents: évaluation des pratiques professionnelles.
35. Johansson AK, Nohlert E, Johansson A, Norring C, Tegelberg A. Dentists and eating disorders--knowledge, attitudes, management and experience. *Swed Dent J.* 2009;33(1):1-9.
36. Abrams RA, Ruff JC. Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. *J Am Dent Assoc* 1939. nov 1986;113(5):761-4.
37. Frydrych A, Davies G, McDermott B. Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Aust Dent J.* 2005;50(1):6-15.
38. Partie 2 : La sécrétion salivaire [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cours-medecine.info/medecine/physiologie/secretion-salivaire.html>
39. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020;50(1):24-9.
40. Loria Kohen V, Campos Del Portillo R, Valero Pérez M, Mories Álvarez MT, Castro Alija MJ, Matía-Martín MP, et al. [Nutritional education protocol in the treatment of eating disorders in the clinical and care settings]. *Nutr Hosp.* 29 juill 2021;38(4):857-70.
41. Ministère des Solidarités et de la Santé. Demographie des chirurgiens dentistes : état des lieux et perspectives. Novembre 2021.
42. L'utilisation intensive des réseaux sociaux favoriserait les troubles alimentaires chez les jeunes adultes [Internet]. [cité 30 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/la-recherche/veille-scientifique-tca/322-l-utilisation-intensive-des-reseaux-sociaux-favoriserait-les-troubles-alimentaires-chez-les-jeunes-adultes>

2024 LYO 1D 015

COLAFRANCESCO-SAUTIER Sophie
Troubles du comportement alimentaire : l'approche du chirurgien-dentiste

Résumé :

De nos jours, l'apparence prend une place considérable dans l'esprit de la population. Les normes sociétales, économiques et culturelles compromettent l'image du corps et la confiance en soi et sont en contradiction avec le contexte actuel qui propose une alimentation de plus en plus mauvaise où la « junk-food » (malbouffe) et les « fast-food » (restauration rapide) sont de plus en plus présents. Ces normes encouragent alors l'apparition de troubles de la conduite alimentaire ou troubles du comportement alimentaire (TCA). Ces perturbations sont associées à des attitudes restrictives ou compulsives et sont considérées par les professionnels médicaux comme des troubles mentaux. Les chirurgiens-dentistes sont donc susceptibles de rencontrer un patient atteint d'un trouble psychiatrique. Or, les troubles des conduites alimentaires sont parmi les maladies psychiatriques ayant le plus grand impact sur les soins dentaires.

Dans ce travail de thèse, les différents troubles du comportement alimentaire seront décrits ainsi que le rôle du chirurgien-dentiste dans leur détection et leur prise en charge. Les répercussions des TCA sur la sphère orale seront ensuite abordées ainsi que la prise en charge pluridisciplinaire que ces pathologies impliquent. L'enquête principale de cette thèse sera ensuite présentée : une étude menée auprès d'étudiants et de chirurgiens- dentistes en France. Enfin, des outils d'évaluation des TCA seront proposés.

Mots-clés :

- Troubles du comportement alimentaire
 - Érosion
 - Détection
 - Communication
 - Outil d'évaluation

Jury : Président Monsieur le Professeur Olivier Robin
 Assesseurs Madame le Professeur Béatrice Thivichon-Prince
 Monsieur le Professeur Cyril Villat
 Monsieur le Docteur Damien Cabrita
 Invité Monsieur le Docteur Carl Dousse

Adresse de l'auteur : Sophie COLAFRANCESCO-SAUTHIER
12 quai Tilsitt
69002 LYON