



HAL
open science

Impact de la santé mentale sur la santé orale et les soins bucco-dentaires : exemple des troubles bipolaires

Nolwenn Coutant

► To cite this version:

Nolwenn Coutant. Impact de la santé mentale sur la santé orale et les soins bucco-dentaires : exemple des troubles bipolaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04219732

HAL Id: dumas-04219732

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04219732>

Submitted on 27 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

Année 2023

N°

Impact de la santé mentale sur la santé orale et les soins bucco- dentaires

Exemple des troubles de l'humeur

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

Présentée et soutenue publiquement par

COUTANT Nolwenn

Le 29/06/2023 devant le jury ci-dessous

Président : Monsieur le Professeur Assem Soueidan

Assesseur : Monsieur le Docteur Gilles Amador Del Valle

Assesseur : Madame le Docteur Fabienne Jordana

Directeur de thèse : Madame le Docteur Bénédicte Enkel

 Nantes Université	<u>Présidente</u> Pr. BERNAULT Carine
 Pôle Santé UFR Odontologie	<u>Doyen</u> Pr. SOUEIDAN Assem
	<u>Assesseurs</u> Pr GAUDIN Alexis Pr LE GUEHENNEC Laurent Pr LESCLOUS Philippe

<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre

<u>Professeur des Universités</u>
BOULER Jean-Michel

<u>Maitre de conférences</u>
VINATIER Claire

<u>Professeur Emérite</u>
GIUMELLI Bernard

<u>Enseignants Associés</u>	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé) MAITRE Yoann (MCU Associé)	AMICHIA ALLOH Yomin Cécile (Assistante Associée) IDIRI Ketia (Assistante Associée) HASCOET Emilie (Assistante Associée)

<u>Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	<u>Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux</u>
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUDAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HOORNAERT Alain HOUCHEMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne LE BARS Pierre NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLLOU Xavier VERNER Christian	BLEU Oriane CLOUET Roselyne EVRARD Lucas HEMMING Cécile HIBON Charles IBN ATTYA Zakarie LEROY Camille LIEPPE Thibault MORCEL Marion OYALLON Mathilde QUINSAT Victoire Eugénie PREVOT Diane REMAUD Thomas

<u>Praticiens Hospitaliers</u>	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur SOUEIDAN Assem,

Doyen de l'UFR d'Odontologie

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de Nantes Université, habilité à diriger les recherches

Chef du département de Parodontologie

- NANTES –

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury,

Pour vos enseignements et votre disponibilité,

Pour votre bienveillance.

A Madame le Docteur ENKEL Bénédicte,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de Nantes Université

Responsable de l'Unité Fonctionnelle Douleur Orofaciale Chronique

Département d'Odontologie Conservatrice - Endodontie

- NANTES -

Pour avoir accepté de diriger cette thèse,

Pour vos conseils, votre disponibilité et votre gentillesse,

Pour vos enseignements théoriques et cliniques.

A Monsieur le Docteur AMADOR DEL VALLE Gilles ,
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Docteur de Nantes Université, habilité à diriger les recherches
Chef du département de Santé Publique

- NANTES -

Pour avoir accepté de participer à ce jury,
Pour vos enseignements théoriques et pratiques,
Pour votre aide et votre bienveillance lors des vacances cliniques passées avec vous.

A Madame le Docteur JORDANA Fabienne

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de l'Université de Bordeaux, habilitée à diriger les recherches

Département des Sciences Anatomiques

- NANTES -

Pour avoir accepté de participer à ce jury,

Pour vos enseignements théoriques,

Pour votre gentillesse et votre disponibilité tout au long de mon cursus.

TABLE DES MATIERES

Introduction	10
I) Les troubles de l'humeur	11
a. Classification	11
i. La CIM-11	11
ii. Le DSM-V	11
b. Définitions et tableaux cliniques	11
i. Troubles de l'humeur	11
ii. Les troubles dépressifs	11
iii. Les troubles bipolaires	13
c. Traitements	14
i. Dépression	14
ii. Troubles bipolaires	15
1. Les traitements médicamenteux :	15
a. Le Lithium	15
b. Les antiépileptiques	15
c. Les neuroleptiques atypiques	16
d. Les neuroleptiques sédatifs	16
e. Les antidépresseurs	16
2. L'électro convulsivothérapie (ECT)	16
d. Prévalence	17
e. Facteurs de risque	18
i. Facteurs génétiques :	18
ii. Facteurs biochimiques :	18
iii. Facteurs environnementaux :	19
iv. Autres facteurs de risque :	19
f. Retentissements sur la santé générale	19
i. Effets systémiques	19
1. Cardiovasculaires	20
2. Respiratoires	20
3. Syndrome métabolique	20
ii. Conduites à risque	21
1. Consommation de substances psychotropes	21
2. Tabagisme	21
3. Sexualité	21
4. Tentatives de suicide	21
iii. Mortalité	22
iv. Retentissements sur la vie sociale	22
II) Impacts sur la santé orale	22
a. Effets des traitements	22
b. Sur le plan physiologique	23
i. La xérostomie	23
ii. Risque carieux	24
iii. Parodontite	24
iv. Usures dentaires	25
1. L'abrasion	25
2. L'attrition	26
3. L'érosion	26
v. Douleurs	27
vi. Cancers	27

c.	Sur le plan comportemental	27
i.	Hygiène dentaire	27
ii.	Tabagisme	28
iii.	Ethylisme et usages de psychotropes	28
iv.	Alimentation	29
v.	Tentatives de suicide	29
III)	Soins bucco-dentaires chez les patients atteints de troubles de l'humeur	29
a.	Du point de vue du patient	29
i.	Recours aux soins	29
ii.	Freins ressentis à l'accès aux soins	29
1.	Phobie dentaire/Relation avec le praticien	29
2.	Accès au cabinet dentaire	30
3.	Difficultés financières	30
iii.	Autonomie juridique	31
iv.	Cas des patients hospitalisés	31
b.	Difficultés rencontrées par le praticien	31
i.	Connaissance des pathologies	31
ii.	Connaissance des traitements	32
1.	L'anesthésie locale	32
2.	Interactions médicamenteuses	32
a.	Les antibiotiques	33
b.	Les anti-inflammatoires	33
c.	Les antalgiques	33
iii.	Compliance des patients	34
c.	Parcours de soins au cabinet dentaire	34
i.	Prévention	34
ii.	Soins conservateurs	35
iii.	Prothèses amovibles et implants	36
iv.	Parodontologie	36
v.	PMF	37
IV)	Conclusion	38

Introduction

Les troubles de l'humeur sont décrits depuis l'Antiquité, en particulier par Hippocrate. A cette époque déjà, des symptômes de dépression et de manie étaient décrits. Au Moyen Âge, les troubles mentaux étaient souvent associés au diable. Au 19ème siècle, la notion de "mélancolie" est fréquemment retrouvée dans des ouvrages tels que Les Fleurs de Mal dans lequel Baudelaire évoque « le spleen ». Aujourd'hui, les troubles de l'humeur tels que la dépression et les troubles bipolaires sont mieux connus du grand public, et de nombreuses thérapeutiques ont vu le jour.

Nous estimons qu'environ 5% de la population adulte mondiale serait atteinte de dépression et un peu plus de 2% de troubles bipolaires.

Cependant, les personnes souffrant de troubles de l'humeur présentent de nombreuses comorbidités, associées aux symptômes de la maladie ou aux traitements, qui peuvent avoir de lourds retentissements sur la santé générale. Leur état émotionnel va être impacté, et peut être différent d'un jour à l'autre, impliquant une prise en charge thérapeutique différente des patients issus de la population générale.

Mais qu'en est-il de l'impact des troubles de l'humeur sur la santé orale et les soins bucco-dentaires ?

Nous tenterons de répondre à cette question en résumant les troubles de l'humeur et leurs impacts sur la santé générale, puis nous nous intéresserons à leurs impacts sur la santé orale avant de terminer par les différentes difficultés rencontrées par le patient et le praticien en ce qui concerne les soins odontologiques.

l) Les troubles de l'humeur

a. Classification

Deux principales classifications sont utilisées en psychiatrie pour définir les pathologies mentales, à savoir la CIM et le DSM.

i. La CIM-11

La 11ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) est entrée en vigueur en 2022. Elle codifie un grand nombre de maladies et est publiée par l'OMS. (1)

Le chapitre 06 concerne les troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux, et nous y retrouvons les troubles de l'humeur, avec en sous-partie les troubles bipolaires ou apparentés et les troubles dépressifs. Les troubles de l'humeur provoqués par une substance sont notés dans cette sous-partie mais appartiennent aux troubles liés aux conduites addictives, nous n'en parlerons pas. (1)

ii. Le DSM-V

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux est publié par l'Association Psychiatrique Américaine. Sa 5^{ème} version est sortie en 2015.(2)

Dans celui-ci, les troubles de l'humeur ne correspondent pas à une catégorie définie, mais nous les retrouvons répartis en deux sous-catégories que sont les troubles bipolaires et apparentés et les troubles dépressifs.

b. Définitions et tableaux cliniques

i. Troubles de l'humeur

D'après la CIM-11, « les troubles de l'humeur font référence à un groupe supérieur de troubles bipolaires et dépressifs ». (1)

Ils diffèrent par les épisodes d'humeur retrouvés et leur durée.

Nous retrouvons :

- Les épisodes dépressifs
- Les épisodes maniaques
- Les épisodes mixtes
- Les épisodes hypomaniaques

La CIM-11 précise que « les épisodes d'humeur sont plutôt les principales composantes de la plupart des troubles dépressifs et bipolaires ».

ii. Les troubles dépressifs

« Les troubles dépressifs sont caractérisés par une humeur dépressive ou une perte de plaisir, accompagnée d'autres symptômes cognitifs, comportementaux ou

neurovégétatifs qui affectent de manière significative la capacité de fonctionnement du sujet. » CIM-11(1)

La CIM-11(1) n'évoque pas un mais plusieurs troubles dépressifs. Parmi eux :

- L'épisode dépressif unique

« Le trouble dépressif à épisode unique est caractérisé par la présence ou l'antécédent d'un épisode dépressif alors qu'il n'y a pas d'antécédents d'épisodes dépressifs antérieurs. Un épisode dépressif se caractérise par une période d'humeur dépressive ou une diminution de l'intérêt pour les activités se produisant la majeure partie de la journée, presque tous les jours pendant une période d'au moins deux semaines accompagnée d'autres symptômes tels que des difficultés de concentration, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, un désespoir, des pensées récurrentes de mort ou de suicide, des modifications de l'appétit ou du sommeil, une agitation ou un retard psychomoteur et une baisse d'énergie ou une fatigue. »

- Le trouble dépressif récurrent

« Le trouble dépressif récurrent est caractérisé par un antécédent ou au moins deux épisodes dépressifs séparés par plusieurs mois sans trouble significatif de l'humeur. Un épisode dépressif est caractérisé par une période d'humeur dépressive ou un désintérêt pour les activités survenant la majeure partie de la journée, presque tous les jours durant une période d'au moins deux semaines, accompagnés d'autres symptômes tels qu'une difficulté de concentration, un sentiment de dévalorisation ou une culpabilité excessive ou inappropriée, un désespoir, des idées récurrentes de mort ou de suicide, des modifications de l'appétit ou du sommeil, une agitation ou un retard psychomoteur, et une réduction de l'énergie ou une fatigue.»

- La dysthymie

« Le trouble dysthymique se caractérise par une humeur dépressive persistante (c.-à-d., durant 2 ans ou plus), la majeure partie de la journée, la plupart du temps. Chez les enfants et les adolescents, l'humeur dépressive peut se manifester sous la forme d'une irritabilité constante. L'humeur dépressive s'accompagne de symptômes supplémentaires tels qu'un intérêt ou un plaisir réduit dans les activités, une baisse de la concentration et de l'attention ou une indécision, une faible estime de soi ou une culpabilité excessive ou inappropriée, du désespoir face à l'avenir, des troubles du sommeil ou une augmentation du sommeil, une diminution ou une augmentation de l'appétit, ou un manque d'énergie ou de la fatigue. Durant les 2 premières années du trouble, il n'y a jamais eu de période de 2 semaines pendant laquelle le nombre et la durée des symptômes ont été suffisants pour satisfaire les critères de diagnostic d'un épisode dépressif. »

- Le trouble anxieux et dépressif mixte

« Le trouble anxieux et dépressif mixte se caractérise par des symptômes à la fois d'anxiété et de dépression la plupart du temps, pendant une période de deux semaines ou plus. »

Le DSM-V(2) évoque les mêmes troubles, en ajoutant les troubles liés à d'autres pathologies ou liés à la prise de substance.

Les principaux symptômes de la dépression sont facilement reconnaissables (3):

- Sentiments de tristesse et de perte
- Sentiments de culpabilité et d'inutilité
- Sentiments d'impatience extrême, d'irritabilité ou accès de colère
- Perte d'intérêt ou de plaisir à l'égard des activités aimées auparavant
- Variations du poids ou de l'appétit
- Changements dans les habitudes de sommeil, comme l'insomnie
- Difficulté à penser clairement ou à prendre des décisions
- Problèmes de concentration ou perte de mémoire à court terme
- Fatigue constante
- Manque de motivation évident
- Anxiété et agitation, menant parfois à des crises de panique
- Douleurs musculaires ou articulaires
- Constipation ou autres problèmes intestinaux
- Maux de tête fréquents
- Perte d'intérêt pour les rapports sexuels
- Pensées suicidaires et d'automutilation récurrentes
- Retrait par rapport aux amis et à la famille

iii. Les troubles bipolaires

Autrefois appelés troubles maniaco-dépressifs, la CIM-11 définit également plusieurs types de troubles bipolaires.

« Les troubles bipolaires et apparentés sont des troubles de l'humeur épisodiques définis par l'occurrence d'épisodes ou de symptômes maniaques, mixtes ou hypomaniaques. Ces épisodes alternent généralement au cours de ces troubles avec des épisodes dépressifs ou des périodes de symptômes dépressifs. » CIM-11(1)

La CIM-11 définit l'épisode maniaque comme étant « un état d'humeur extrême persistant au moins une semaine, caractérisé par une euphorie, une irritabilité ou une expansivité et par une activité intense ou une expérience subjective d'augmentation d'énergie, accompagnée d'autres signes caractéristiques tels un trouble de la parole rapide ou sous pression, une fuite des idées, une augmentation de l'estime de soi ou une grandiosité, une diminution du besoin de sommeil, une distractibilité, un comportement impulsif ou indolore, et des changements rapides entre différents états de l'humeur. »

L'épisode hypomaniaque diffère de l'épisode maniaque dans sa durée, qui n'excède pas une semaine, et dans l'intensité des symptômes, souvent perçus comme atténués dans l'épisode hypomaniaque.

○ Les troubles bipolaires de type I

« Le trouble bipolaire de type I est un trouble de l'humeur isolé, caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou mixtes. »

○ Les troubles bipolaires de type II

« Le trouble bipolaire de type II est un trouble de l'humeur épisodique défini par la survenue d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et d'au moins un épisode

dépressif. »

- Les troubles cyclothymiques

« Le trouble cyclothymique se caractérise par une instabilité persistante de l'humeur pendant une période d'au moins 2 ans, impliquant de nombreuses périodes de symptômes hypomaniaques et dépressifs. »

Lors des phases maniaques ou hypomaniaques, le médecin recherchera les symptômes suivants :

- Sentiment d'invincibilité
- Energie physique accrue
- Besoin moindre de sommeil
- Agitation inappropriée
- Irritabilité ou colère excessive
- Augmentation des activités, de la parole et du mouvement
- Activités et pensées sexuelles accrues, qui donnent parfois lieu à la promiscuité ou à des comportements inappropriés ou dangereux
- Pensées décousues et qui défilent
- Volubilité
- Perte de la maîtrise de soi ou comportement impulsif ou dangereux
- Dépenses inappropriées
- Hallucinations et délires

Lors des phases dépressives, on recherchera la même symptomatologie que la dépression(3).

Les patients bipolaires vont avoir tendance à consulter lorsqu'ils sont en phase dépressive. Il faut donc être vigilant lors de l'anamnèse et rechercher des épisodes de manie ou hypomanie. Comme évoqué plus haut, beaucoup de bipolaires sont diagnostiqués dépressifs à tort pendant longtemps, et cela dû au fait qu'au cours de leur vie, la phase dépressive est prépondérante(4,5).

c. Traitements

i. Dépression

La sévérité de la dépression influe sur le choix la thérapeutique, en effet les termes de dépression légère, modérée ou sévère sont utilisés(6). Les plus fréquentes sont la psychothérapie et la prescription médicamenteuse d'antidépresseurs, qui seraient efficaces dans 70% des cas(7).

La psychothérapie

- Psychothérapie cognitive et comportementale
- Psychothérapie d'inspiration psychanalytique

Les antidépresseurs

- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRS et IRSNA), utilisés en première intention(8)

- les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques), utilisés en seconde intention, étaient plus utilisés auparavant, mais sont maintenant moins prescrits que les IRS et IRSNA(8)
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), également utilisés en seconde intention(8)
- les autres antidépresseurs

Dans certains cas plus sévères, lorsque le patient présente des idées suicidaires ou délirantes, une hospitalisation est envisagée(6).

ii. Troubles bipolaires

Les patients bipolaires ne guérissent jamais de ce trouble, cependant, un traitement adapté combinant la psychothérapie et les traitements médicamenteux ainsi qu'une hygiène de vie adaptée et une bonne compliance du patient permet une amélioration de la qualité de vie, une réduction du nombre d'épisodes maniaques et dépressifs, et une stabilisation de l'humeur, et par conséquent la possibilité d'avoir un train de vie similaire à une personne considérée saine(9).

Pourtant, dans certains cas extrêmes les phases maniaques ou dépressives sévères ne répondent pas aux traitements. A ce moment-là, la thérapie électro-convulsive peut s'avérer utile, bien que perçue comme barbare aux yeux du grand public.

1. Les traitements médicamenteux :

a. Le Lithium

Les traitements les plus utilisés vont être les médicaments régulateurs de l'humeur, aussi appelés thymorégulateurs.

En première intention, nous avons longtemps eu recours au lithium. Il agit en favorisant la recapture de norépinéphrine et de sérotonine, présents en trop grande quantité dans les synapses.

Les effets recherchés mettent du temps à apparaître, ce qui peut rapidement entraîner une perte de compliance du patient et l'arrêt du traitement.

De plus, ils présentent de nombreux effets indésirables, tels que de la somnolence, des tremblements, des troubles digestifs(10), ce qui a amené les spécialistes à se tourner vers d'autres molécules.

b. Les antiépileptiques

Généralement utilisés pour traiter l'épilepsie, ils sont aujourd'hui régulièrement utilisés en première intention, en raison des effets indésirables trop importants du lithium cités plus haut(9).

Parmi eux, nous retrouvons le valproate, la carbamazépine et la lamotrigine(10).

Les effets secondaires les plus importants sont le risque tératogène du valproate, qui avait l'objet du scandale de la Dépakine il y a une dizaine d'années.

c. Les neuroleptiques atypiques

Les neuroleptiques atypiques correspondent à la deuxième génération de neuroleptiques, et sont utilisés en majorité pour traiter la schizophrénie. La quétiapine sera retrouvée dans le traitement des troubles bipolaires, principalement lors des phases maniaques(10).

Tout comme les autres traitements, ceux-ci ont des effets indésirables, et peuvent entraîner des perturbations métaboliques, que nous verrons un peu plus tard(11).

d. Les neuroleptiques sédatifs

Dans les cas où le patient se trouve dans une phase maniaque importante, des traitements sédatifs peuvent être utilisés, en complément des autres traitements de fond(10).

e. Les antidépresseurs

Des antidépresseurs peuvent également être prescrits en cas de phase dépressive sévère, en complément des thymorégulateurs, mais avec une grande vigilance.

En effet, certaines études rapportent que leur utilisation précipiterait l'apparition d'une nouvelle phase maniaque, en particulier avec l'administration d'antidépresseurs tricycliques. Mais il se trouve que les IRS n'entraînent pas ce problème, et seraient donc plus appropriés(4,10).

2. L'électro convulsivothérapie (ECT)

Comme cité plus tôt, en cas de formes sévères réfractaires aux traitements médicamenteux, l'utilisation de l'ECT peuvent s'avérer efficace.

Son mécanisme consiste en un courant électrique d'une durée de quelques dixièmes de secondes, qui provoquera une crise d'épilepsie. Le but est d'améliorer la réponse des membranes neuronales à la norépinéphrine et la sérotonine(9).

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, et est non douloureuse, contrairement aux idées reçues colportées dans les films(12).

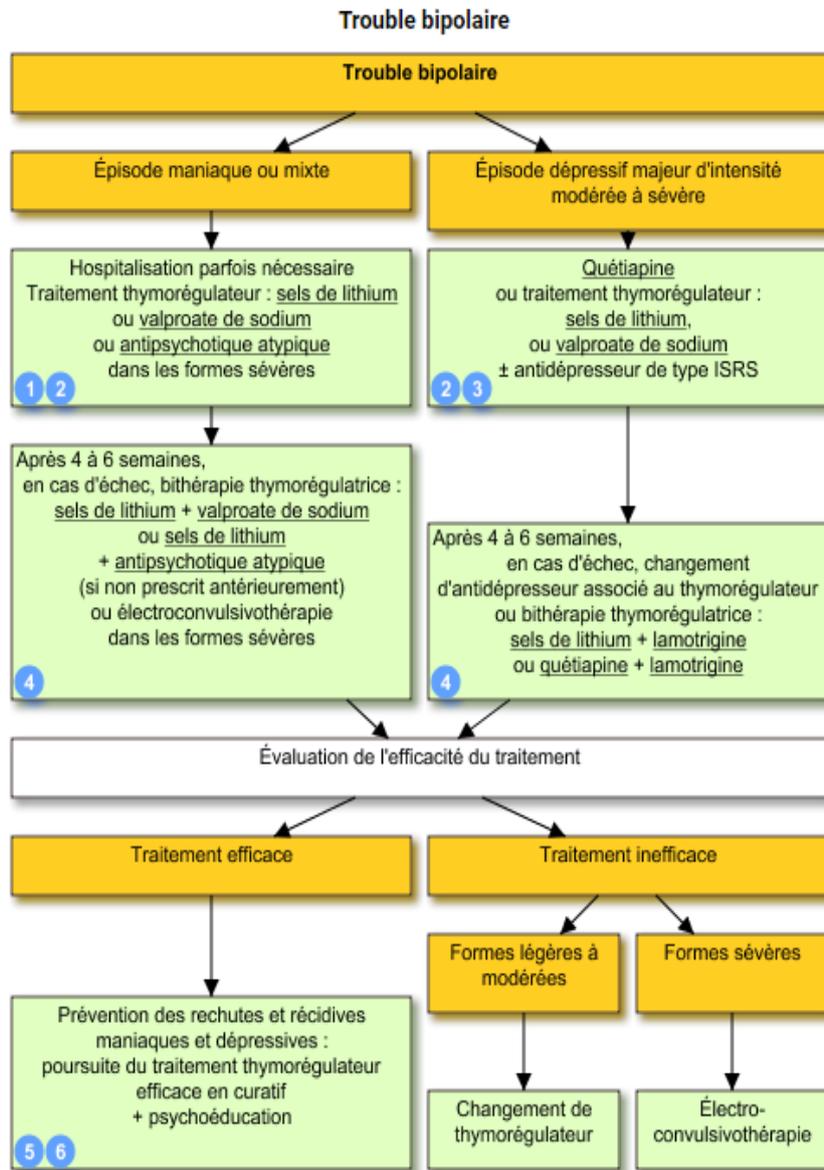


Figure 1 : Conduite thérapeutique à suivre pour les troubles bipolaires(13)

d. Prévalence

La maladie dépressive est plus présente dans le monde que le trouble bipolaire(4). Elle peut toucher tout le monde à n'importe quel âge, cependant les personnes âgées font souvent face à un sous-diagnostic, et sont souvent considérés comme déments, à tort(14). Selon l'OMS, 5% de la population adulte en souffrirait, même si les études récentes affirment que le nombre de cas aurait augmenté en 2020, principalement en raison de la pandémie de Covid-19 et des confinements à répétitions(15,16). Les femmes sont presque deux fois plus touchées que les hommes, mais elles seraient mieux dépistées, ayant plus facilement tendance à demander les soins.(14,17,18)

Les personnes atteintes de troubles bipolaires représenteraient 1 à 2% de la population mondiale(19) Avec, semble-t-il, une répartition plus égalitaire entre les deux

sexes(20). Toutefois, ce chiffre est probablement incorrect du fait que certains patients seraient diagnostiqués dépressifs à tort, par conséquent la prévalence est peut-être plus grande que nous ne le pensons.

e. Facteurs de risque

Des facteurs génétiques, familiaux et environnementaux sont évoqués chez les troubles dépressifs et plus particulièrement chez les troubles bipolaires(4,21). De plus, des anomalies biologiques, hormonales ou biochimiques pourraient également être impliquées.

i. Facteurs génétiques :

Plusieurs gènes pourraient être mis en cause dans l'apparition des troubles de l'humeur, ce qui signifierait qu'il y a une part d'hérédité dans la maladie. Dans la dépression, les gènes impliqués dans le transport et la synthèse de la sérotonine ou du cortisol pourraient être impliqués. Néanmoins, il est important de préciser que la présence de ces gènes n'implique pas systématiquement la maladie.

Des antécédents familiaux sont fréquemment retrouvés chez les patients atteints, et des cas rapportés de jumeaux développant ce trouble semblent confirmer cette théorie(9).

ii. Facteurs biochimiques :

Par exemple, chez les patients atteints de dépression, on observe un défaut de transmission de l'information au niveau des synapses. Les neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline sont moins produits et sont retrouvés en quantité inférieure à la normale chez les patients dépressifs (voir Figure 1 ci-dessous).

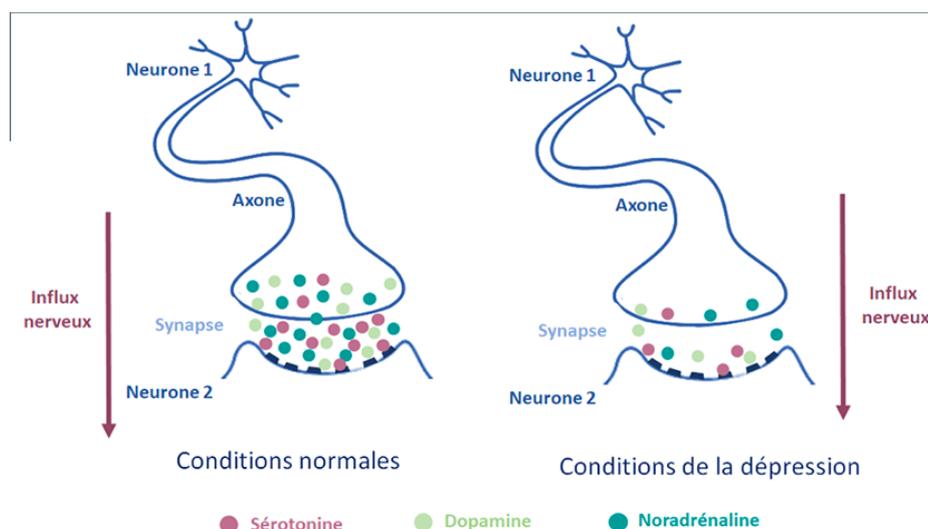


Figure 2 : Schéma d'une synapse en condition normale et en condition de dépression(22)

On retrouve des mécanismes similaires chez les patients bipolaires, à la différence que les taux de noradrénaline et de dopamine sont plus élevés au cours des phases maniaques.(23)

Une autre anomalie biochimique rapportée concerne l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, responsable de la libération de l'ACTH (adrénocorticotrophine) qui induit au niveau surrénalien la libération d'un glucocorticoïde, le cortisol, lui-même responsable du stress. Un rétrocontrôle est effectué par le cortisol en temps normal afin d'inhiber sa propre production. Or, dans le cas des patients dépressifs, un dysfonctionnement de cet axe entraîne une sécrétion trop importante d'ACTH et de cortisol, pouvant mener à un trop grand stress ainsi qu'un sentiment d'anxiété persistant dans le temps, ce qui peut à long terme causer une dépression(24).

De plus, il est important d'ajouter que le stress est responsable de l'augmentation de nombreuses cytokines pro-inflammatoires, également via l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, qui auront des effets néfastes sur le corps, que nous verrons plus tard.

iii. Facteurs environnementaux :

Les événements stressants ou traumatisants, récents ou pouvant remonter à l'enfance ont été identifiés comme facteurs de risque d'une potentielle dépression future(21). Une situation de stress prolongée peut conduire à une forte anxiété, et une comorbidité est observée l'anxiété et la dépression(25).

iv. Autres facteurs de risque :

D'autres facteurs ont été évoqués, tels que les infections du système nerveux, les traumatismes crâniens, la toxicomanie et l'alcoolisme.

Aussi, il nous faut évoquer la dépression post-partum, différente du baby-blues. Elle apparaît dans les semaines suivant l'arrivée du nouveau-né, et doit être traitée comme n'importe quelle dépression(14).

Enfin, certaines études démontrent que la consommation importante de sucre pourrait aussi jouer un rôle, en agissant sur l'inflammation, considérée elle-même comme facteur de risque(26).

f. Retentissements sur la santé générale

i. Effets systémiques

Chez les individus atteints de troubles de la santé mentale, il n'est pas rare de retrouver des comorbidités. Celles-ci peuvent être liées au mode de vie, à la pathologie en elle-même, mais également aux traitements parfois nombreux qu'ils prennent.

1. Cardiovasculaires

De nombreuses études rapportent le fait que les patients atteints de pathologies psychiatriques ont 2 à 3 fois plus de chances de développer des pathologies cardiovasculaires que la population générale(27,28).

Les dysfonctionnements de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien évoqué plus haut ont des conséquences sur le système cardiovasculaire et peuvent causer des variations hémodynamiques ou encore une tachycardie(27). Également l'augmentation du nombre de cytokines pro-inflammatoires lors des périodes de stress et de dépression peut conduire à une inflammation des tissus vasculaires(25).

Les antidépresseurs tels que les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline ont pour effets secondaires d'augmenter la pression artérielle systolique et diastolique, ce qui pourra induire une hypertension chez les patients prédisposés.

Enfin, la consommation de substances psychotropes et le tabagisme (cités plus tard) sont des facteurs de risque cardiovasculaires connus importants.

2. Respiratoires

En raison d'un tabagisme plus important chez les individus souffrant de pathologies mentales sévères, ceux-ci sont plus à risque de pathologies respiratoires, comme l'emphysème pulmonaire, ou bien à long terme des cancers pulmonaires et oropharyngés(28,29).

3. Syndrome métabolique

Le syndrome métabolique est caractérisé par une masse graisseuse abdominale élevée, une hypertension, une dyslipidémie et une glycémie à jeun élevée ou une résistance à l'insuline, pouvant conduire à un diabète. Non équilibré, un diabète peut entraîner des répercussions néfastes sur la réponse immunitaire du patient, qui devient alors à risque infectieux(30).

Certaines études ont trouvé une corrélation positive entre la dépression et ce syndrome, et la présence de plusieurs dysfonctionnements métaboliques pourraient entraîner un prolongement de la durée de l'épisode dépressif chez certains patients.

En ce qui concerne les bipolaires, une prévalence plus notable a été trouvée. L'indice de masse corporelle (IMC), la glycémie et le taux de Low-Density-Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) sont dans ces cas-là plus élevés. Le taux de High-Density-Lipoprotein Cholesterol (HDL-C) est quant à lui plus bas, mais l'hypertension ne semble pas plus importante.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les neuroleptiques prescrits dans le cadre du traitement du trouble bipolaire pourraient favoriser l'apparition de ce syndrome, doublant presque le risque chez les patients traités par ces molécules en comparaison avec les patients qui ne s'en sont pas vu prescrire.

Certains traitements thymorégulateurs et antidépresseurs pourraient également augmenter l'appétit et la soif, incitant à la consommation de boissons plus ou moins sucrées et les prises alimentaires en dehors des repas, pouvant participer à l'augmentation de l'IMC et l'apparition du syndrome métabolique(28).

Ces effets indésirables peuvent diminuer l'estime de soi de ces personnes qui se sentent déjà en retrait et stigmatisés, et pourraient conduire à un arrêt des traitements de la part des patients.

ii. Conduites à risque

1. Consommation de substances psychotropes

Chez les patients bipolaires la consommation d'alcool et d'autres substances psychotropes licites ou illicites comme la cocaïne ou la métamphétamine est plus importante qu'en population générale, or nous savons par exemple que la cocaïne présente de nombreux risques dont des risques cardiovasculaires(9,31).

En effet, il s'agit de la pathologie psychiatrique qui a le plus recours à ces substances, en comparaison aux autres maladies mentales comme la schizophrénie par exemple(31).

Certaines études évaluent la prévalence de consommation de substances addictives au cours de la vie de ces personnes à près de 50 ou 60%(9). La dépendance à l'alcool est très souvent rapportée, et constitue près de la moitié de ces patients ayant eu un diagnostic de dépendance aux substances (31,32).

2. Tabagisme

Comme pour beaucoup de pathologies mentales, nous retrouvons une consommation tabagique deux à trois fois plus élevée que la population générale chez les patients présentant des troubles de l'humeur, impliquant un plus grand risque de cancer pulmonaire ou oro-pharyngé, ainsi qu'une augmentation des maladies cardiovasculaires.

3. Sexualité

Les principaux problèmes liés à la sexualité concernent les phases maniaques, pendant lesquelles les patients bipolaires vont parfois présenter une libido exacerbée, qui peut les amener à avoir des comportements sexuels inappropriés(9), ainsi que de nombreux rapports avec parfois des partenaires différents, pas toujours protégés.

Des pratiques sexuelles dangereuses peuvent conduire à un risque d'infections sexuellement transmissibles plus ou moins graves, et certaines études affirment que les bipolaires auraient 3,8 fois plus de chances de contracter le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) que la population générale.

4. Tentatives de suicide

Le risque suicidaire est généralement le premier auquel nous pensons quand nous faisons face à une personne en situation de dépression, peu importe le trouble de l'humeur en cause.

Parmi tous les patients souffrant de trouble de la santé mentale, les bipolaires sont les plus concernés par le risque de mortalité par suicide. Le taux de tentative de suicide serait de 25 à 50%(9), alors que chez les dépressifs, le risque s'élève à 10 ou 20%.

iii. Mortalité

Quel que soit le trouble psychiatrique, les patients ont une espérance de vie réduite en comparaison aux patients sains. La réduction serait de 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes. Ces personnes ont un taux de mortalité prématurée 4 fois plus important que la population générale, que ce soit de comorbidités, ou bien à cause du taux de suicide important(33).

On estime que parmi les tentatives de suicide 15% réussissent chez les patients bipolaires(9), et entre 5 et 20% chez les dépressifs(7). Il faut également souligner que, bien que la dépression soit plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, ce sont ces derniers qui se suicident le plus(34).

iv. Retentissements sur la vie sociale

Les patients atteints de trouble de la santé mentale font fréquemment face à un mode de vie précaire, avec de faibles revenus, parfois sans emploi, et auront plus facilement tendance à s'isoler, à négliger leur apparence physique et leur hygiène corporelle(35,36).

Ils auront également plus de difficultés à maintenir une vie maritale et de famille stable, conduisant fréquemment à la séparation et l'éloignement des proches, accentuant le risque d'isolement social(9,35). Il est donc évident que la qualité de vie de ces patients en est diminuée(37).

Lors des phases maniaques, le patient bipolaire aurait, à l'inverse, tendance à s'impliquer davantage dans de multiples activités en tout genre, et y consacrer tout leur temps et leur volonté. L'augmentation de ces occupations concorde avec le peu de besoin de sommeil évoqué, ainsi que l'énergie excessive perçue(9).

II) Impacts sur la santé orale

a. Effets des traitements

Les traitements utilisés dans le cadre des troubles de l'humeur engendrent un certain nombre d'effets secondaires sur l'organisme, et plus précisément sur la sphère orale.

Par exemple, le lithium utilisé dans le cas des troubles bipolaires, est responsable de dérèglements de la réponse immunitaire qui peuvent être responsable de lichen plan, pathologie inflammatoire auto-immune majoritairement caractérisée par des lésions blanches réticulées présentes sur la face interne des joues. Un autre effet secondaire du lithium rapporté dans la littérature est la sensation de goût métallique(9).

L'effet le plus fréquemment retrouvé parmi tous ces traitements est la xérostomie, que nous allons voir juste après(8,38,39).

Ainsi, la majorité des antidépresseurs sont responsables d'effets comme la dysgueusie, des stomatites, la langue villeuse ou encore des candidoses, infection fongique (par candida albicans) caractérisée par des plaques blanchâtres pouvant atteindre la langue, les muqueuses ou même les prothèses du patient(8).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent avoir un effet immunosuppresseur, qui peut entraîner un risque de parodontite que nous définirons plus tard(40).

b. Sur le plan physiologique

i. La xérostomie

Chez l'Homme, la salive est produite par les glandes salivaires. Nous en retrouvons trois principales qui sont :

- Les glandes parotides
- Les glandes submandibulaires
- Les glandes sublinguales

A ces trois glandes salivaires principales s'ajoutent des glandes accessoires, plus petites et réparties dans l'ensemble de la cavité orale.

La salive joue un rôle primordial dans la mastication, la phonation et la défense contre les pathogènes.

La xérostomie, ou sécheresse buccale, est principalement due à un manque de salive. Le manque peut correspondre à une hyposialie (production de salive diminuée) ou une asialie (plus du tout de production). Il faut toutefois différencier la xérostomie subjective, qui est une sensation perçue par le patient, de la xérostomie objective, qui correspond à une sécheresse avérée cliniquement.

Dans le cas présent, nous nous intéresserons uniquement à la xérostomie objective. En effet, une grande partie des traitements utilisés pour traiter les troubles de l'humeur ont pour effet secondaire une sécheresse buccale plus ou moins sévère. Également, une corrélation a été démontrée entre le stress, la dépression et la sécheresse buccale. Cette corrélation pourrait être expliquée par l'augmentation de cortisol dans la composition salivaire, modifiant la composition de celle-ci(41). Or, comme vu précédemment, le manque de salive empêche la lubrification de la cavité orale, ainsi que la défense contre les pathogènes, pouvant ainsi conduire au développement rapide de lésions carieuses, de gingivites, de parodontites ainsi que de candidoses et de perlèches, responsables de gênes à la mastication, à la phonation ou encore de dysgueusies et douleurs importantes(9).

Chez les patients porteurs de prothèses, la xérostomie est un facteur aggravant de stomatite prothétique, forme de candidose. Celle-ci est responsable d'une inflammation des muqueuses en contact avec l'intrados prothétique et peut, à terme, affecter l'adaptation et le confort de ces dernières, allant jusqu'à l'arrêt du port. Le non-port des prothèses peut entraîner une diminution de l'estime de soi, des difficultés masticatoires, phonétiques, pouvant mener la personne à s'isoler davantage(38,42).

Pour conclure, il semble évident que la xérostomie est responsable d'une diminution de la qualité de vie, ce qui est non négligeable lorsqu'il s'agit de patients qui évoquent d'ores et déjà une diminution de celle-ci(29).

ii. Risque carieux

La maladie carieuse ou carie, est le résultat de l'action de pathogènes sur le tissu dentaire. Les pathogènes vont d'abord déminéraliser la surface amélaire de la dent, avant de passer la jonction amélo-dentinaire et s'attaquer à la dentine de façon exponentielle. Non traitée, celle-ci peut entraîner le délabrement de la dent, pouvant entraîner des douleurs et si elle n'est pas traitée, à la perte de celle-ci.



Figure 3 : Schéma représentant l'évolution de la maladie carieuse(43)

Pour de multiples raisons, le risque de lésions carieuses est important chez les individus atteints de troubles de l'humeur.

Premièrement, nous avons évoqué l'hygiène de vie souvent diminuée chez ces patients, allant de la mauvaise alimentation à la négligence de l'hygiène corporelle et donc orale. La consommation importante de sucres provenant de sources diverses ainsi que la diminution de la fréquence des brossages représente un facteur de risque important au développement d'organismes cariogènes sur la surface dentaire chez ces patients (9,44,45).

Deuxièmement, la xérostomie (évoquée juste avant) empêche le nettoyage naturel et l'action protectrice de la salive. De plus, les patients vont ressentir un besoin de s'hydrater, mais ne se tourneront pas systématiquement vers l'eau, et peuvent avoir recours dans ces cas-là à des boissons sucrées(9).

Enfin, le tabagisme régulier peut assécher la cavité orale mais va également entraîner le développement de bactéries cariogènes(38).

iii. Parodonte

Le parodonte concerne les tissus de soutien de la dent, à savoir les gencives, l'os alvéolaire mais également le ligament alvéolo-dentaire (tissu conjonctif reliant le cément à l'os alvéolaire). Cet ensemble permet le maintien de la dent sur arcade mais également la défense contre les pathogènes ou encore l'amortissement des forces exercées sur l'organe dentaire.

Cependant, le parodonte est sujet à de multiples agressions, allant de la gingivite à la parodontite.

En cas de gingivite, les gencives vont tout d'abord apparaître inflammatoires, rouges et allant jusqu'à saigner au brossage. Non traitée, celle-ci peut conduire à une parodontite.

Dans ces cas-là, nous observons une perte d'attache au niveau du ligament alvéolo-dentaire, une résorption osseuse et à long terme la mobilité dentaire voire la chute des dents. Selon l'OMS, environ 20% de la population mondiale est atteinte de cette

pathologie(25). De nos jours, nous savons que la parodontite serait intimement liée au développement de pathologies cardiovasculaires, de diabète, ou encore de démence précoce(46).

De nombreux pathogènes seraient impliqués dans le développement des pathologies parodontales tels que Porphyromonas Gingivalis (Pg), Actionobacillus Actinomycetemcomitans (Aa), Fusobacterium nucleatum et d'autres encore.

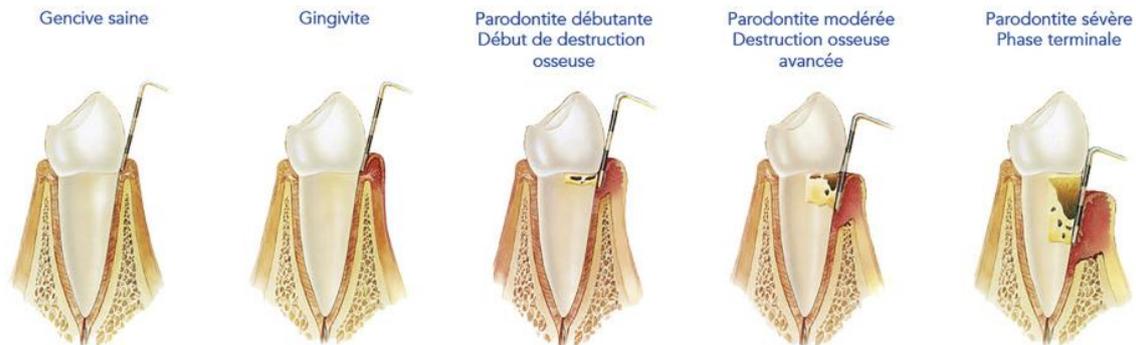


Figure 4 : Schéma représentant les différents stades de la maladie parodontale(47)

Selon certaines études, la santé mentale pourrait exercer une influence sur la muqueuse buccale, en raison de la perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien responsable de l'augmentation de la présence de cytokines pro-inflammatoires (les interleukines par exemple) et de cortisol dans la salive. Ceci aurait pour résultat de favoriser la croissance et le développement de Porphyromonas Gingivalis. Effectivement, de nombreuses études rapportent une corrélation positive entre l'hypercortisolémie et la parodontite chronique chez les patients en situation de stress ou de dépression(25,38,40,48).

Ensuite, nous savons que le tabac (souvent consommé par ces patients), est un des plus grands facteurs de risque de parodontite, et d'autres études évoquent aussi l'effet de l'alcool sur la perte d'attachement et le risque de récessions gingivales(40).

Enfin, nous avons évoqué le risque de perte des dents en cas de parodontite non traitée. Chez les patients atteints de troubles dépressifs, le risque d'édentement total serait supérieur de 30% par rapport à la population générale(29,42).

iv. Usures dentaires

L'usure dentaire correspond à la perte de tissu dentaire, non liée à une action bactérienne. Nous retrouvons différents types d'usures chez les individus atteints de troubles de l'humeur, que nous allons définir.

1. L'abrasion

L'abrasion résulte d'une action mécanique répétitive telle que le brossage. La lésion a une forme plane et large, pouvant aller jusqu'à l'exposition de dentine.

Chez les patients bipolaires en phase maniaque, la tendance au brossage traumatique peut causer ce phénomène(9).

Non traitées, ces lésions peuvent donner des sensibilités ainsi que des récessions gingivales.

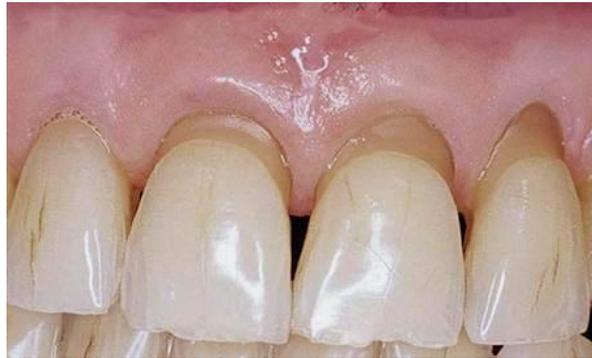


Figure 5 : Photographie représentant un cas d'abrasion dentaire(49)

2. L'attrition

L'attrition est le résultat de forces excessives entre les deux arcades, comme dans le cas du bruxisme ou « grincement des dents » et du clenching (action de serrer les dents, sans grincement).

Or, le bruxisme est très fréquemment retrouvé chez les patients en phase dépressive, et est accentué par la consommation d'excitants tels que l'alcool et le tabac(38,42). De plus, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont tendance à induire ou exacerber ce phénomène(50).

Dans le cadre de l'attrition, des facettes d'usure sont retrouvées sur la face occlusale des dents.



Figure 6: Photographie représentant un cas d'attrition dentaire (51)

3. L'érosion

L'érosion est un phénomène dû aux attaques chimiques (non induites par les bactéries). Elle touche toutes les faces de la dent en raison d'une dissolution de l'émail. Les causes peuvent être extrinsèques, comme par la consommation d'aliments et de boissons acides ou intrinsèques, comme avec les reflux gastro-œsophagiens (RGO).

Ces derniers sont favorisés par la consommation d'alcool, de tabac et les carences nutritionnelles retrouvées chez les patients atteints de troubles de l'humeur(38,42).

Également, la prise de poids liée aux antidépresseurs (comme évoqué avec le syndrome métabolique) peut, en présence d'une hernie hiatale par exemple, conduire à une augmentation de l'acidité gastrique et induire des reflux.



Figure 7 : Photographie représentant un cas d'érosion dentaire(52)

v. Douleurs

Les patients atteints de dépression ou troubles bipolaires sont sujets aux douleurs chroniques. Par exemple, en raison du dérèglement au niveau des neurotransmetteurs (comme avec l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien), des phénomènes tels que le syndrome de bouche brûlante (*burning mouth syndrom*) ou l'odontalgie atypique (douleur chronique idiopathique) ont une plus forte prévalence chez ces individus qu'en population générale. Ce sont également des patients à risque de syndrome algodystrophique de l'articulation temporo-mandibulaire (SADAM)(38,53).

Enfin, les aphtes récurrents (lésions ulcérées circulaires), une des pathologies les plus courantes de la sphère orale, sont souvent retrouvés chez ces personnes(54,55).

vi. Cancers

L'association de tabac et d'alcool fréquemment retrouvée chez les patients souffrant de troubles de l'humeur ainsi que l'hygiène bucco-dentaire défectueuse présentent un facteur de risque non négligeable de cancers oraux tels que le carcinome épidermoïde, qui représente 90% des tumeurs malignes de la cavité buccale(38,42,56).

c. Sur le plan comportemental

i. Hygiène dentaire

Comme expliqué dans la partie précédente, les patients atteints de troubles de l'humeur se trouvant en phase dépressive vont plus facilement négliger leur apparence et leur hygiène corporelle, par conséquent leur hygiène dentaire. Ce sont des patients qui se brosseront moins voire plus du tout les dents, ce qui peut entraîner des

conséquences désastreuses sur la sphère orale, tel que des lésions carieuses, des parodontopathies, et, à long terme, l'édentement partiel ou complet (9,36).

Également, les patients porteurs de prothèses dentaires amovibles ne prenant pas soin de leur hygiène s'exposent au risque qu'elles deviennent inadaptées voire blessantes, conduisant donc à l'abandon du port de celles-ci(9).

De plus, des études ont démontré que les patients hospitalisés étaient plus enclins à souffrir de ces problèmes que les patients qui ne le sont pas(9).

A l'inverse, les bipolaires traversant un épisode maniaque peuvent avoir recours à une utilisation intensive et abusive de la brosse à dent, pouvant causer des abrasions dentaires ou encore des récessions et lacérations gingivales(9).

ii. Tabagisme

Nous avons vu plus tôt que les patients souffrant de troubles de l'humeur avaient une importante consommation tabagique.

Or, en dehors des risques pour le système cardiovasculaire et respiratoire le tabac présente des risques majeurs pour la santé orale. En effet, il va dans un premier lieu assécher la bouche, ce qui est encore plus problématique chez ces patients car nous savons désormais qu'une grande partie des traitements utilisés pour traiter les troubles de l'humeur présentent pour effet secondaire la xérostomie.

Ensuite, nous savons que le tabac a pour effet de diminuer la réponse immunitaire, et aura pour conséquence en bouche d'augmenter la survenue de gingivites et de parodontites(45).

Plus important encore, le tabac est, avec l'alcool, le principal facteur de risque de carcinome épidermoïde, qui représente la grande majorité des tumeurs malignes de la cavité buccale.

iii. Ethylisme et usages de psychotropes

Etant plus consommé chez ces individus, l'alcool présente également des risques pour la cavité orale. En plus du risque non négligeable de carcinome épidermoïde, la consommation abusive d'alcool peut entraîner des reflux gastro-œsophagiens (RGO) qui, à long terme, peuvent entraîner des érosions dentaires en raison de l'acidité du milieu gastrique(38).

Nous pouvons aussi ajouter le fait que de nombreuses boissons alcoolisées sont sucrées, et augmentent logiquement le risque carieux.

L'usage d'autres substances psychoactives illégales sont également connues pour causer des lésions caractéristiques facilement identifiables, localisées majoritairement au niveau du collet des dents, aussi nommées caries de Lowenthal lorsqu'elles sont imputées à la consommation d'héroïne(28).

Il est probable également que les personnes en état d'ébriété ou sous l'emprise de la drogue se préoccupent moins de leur hygiène dentaire.

iv. Alimentation

En négligeant leur hygiène de vie, les personnes atteintes de trouble de l'humeur peuvent plus facilement adopter de mauvaises habitudes alimentaires. Les troubles de l'alimentation sont fréquemment retrouvés chez ces patients, allant de l'anorexie à l'hyperphagie(57).

Une plus grande consommation de sucres raffinés ou de boissons sucrées a été démontrée chez ces individus, conduisant également à un plus mauvais score CAO (dents Cariées, Absentes et Obturées) (42,58,59).

v. Tentatives de suicide

Nous savons que le taux de tentatives d'autolyse est important chez ces individus. Parmi les tentatives de suicide qui n'aboutiront pas à la mort du sujet, nous pouvons rapporter les conséquences du tir balistique.

L'individu, en portant l'arme à feu sous son menton, peut avoir un mouvement de recul qui entraînera la déviation du tir qui, au lieu d'atteindre la zone cérébrale, traversera la cavité orale et nasale, détruisant tous les tissus environnants sur son passage. Les séquelles de cet acte seront alors d'ordre fonctionnelles mais aussi esthétiques.

Le patient pourra présenter des difficultés pour s'alimenter par voie orale, pour respirer, ou encore pour s'exprimer. S'ajoute à cela le préjudice esthétique important, car le sujet pourra être partiellement à entièrement défiguré.

III) Soins bucco-dentaires chez les patients atteints de troubles de l'humeur

a. Du point de vue du patient

i. Recours aux soins

Les données rapportées montrent que les personnes souffrant de troubles de la santé mentale ont moins recours aux soins dentaires que la population générale, et ont moins tendance à suivre les recommandations d'hygiène, bien qu'ils soient plus à risque de développer des pathologies orales(60). Ainsi, ces patients pourront ne pas percevoir un besoin important de soins et consulter un chirurgien-dentiste trop tard, compromettant ainsi la conservation des dents (61,62).

Enfin, certains patients évoquent souvent un manque de motivation et la peur de ne pas réussir à suivre les rendez-vous si plusieurs séances sont nécessaires(63).

ii. Freins ressentis à l'accès aux soins

1. Phobie dentaire/Relation avec le praticien

La phobie du dentiste est l'une des principales raisons pour lesquelles un individu ne va pas avoir recours aux soins dentaires. La raison principale est souvent liée à

l'appréhension de la douleur. Or, chez des patients qui ressentent déjà une importante anxiété, cette phobie représente une véritable barrière et une corrélation positive a été démontrée dans certaines études entre cette phobie et les troubles de l'humeur(29,38,64).

Le sentiment de honte et de stigmatisation, associés à la faible estime de soi ressentie par ces personnes sont souvent évoqués par les patients. En effet, nous avons vu que ces personnes auront plus de chances de développer des pathologies dentaires, et pourront ressentir un certain malaise à l'idée de montrer leur bouche à un professionnel, de peur d'être jugés ou de décevoir le chirurgien-dentiste. De plus, la peur du jugement ne concerne pas seulement l'état de leur cavité buccale. En effet, les patients pourront craindre que le praticien ne comprenne pas leur pathologie et les stigmatise pour cette raison. Cela s'explique par un sentiment d'infériorité présent lors des phases dépressives(36,62,63,65).

2. Accès au cabinet dentaire

La localisation ainsi que les horaires d'ouverture des cabinets sont souvent évoqués comme des barrières à l'accès aux soins, étant donné que ces personnes peuvent avoir un rythme de vie décalé par rapport à la population générale. Ils peuvent par exemple être plus actifs le soir que le reste de la journée.

Également, les personnes atteintes de troubles de l'humeur ont souvent des traitements lourds, pouvant compromettre leurs capacités à se déplacer à l'aide d'un véhicule motorisé par exemple. Si le cabinet ne se trouve pas à proximité, la nécessité d'avoir un chauffeur ou de prendre les transports en commun peut donc représenter un frein. De plus, nous pouvons ajouter que pendant la période de pandémie de Covid-19, la majorité des cabinets dentaires étaient fermés, et le temps d'attente souvent trop long avant d'avoir un rendez-vous peut décourager ces patients(62,63).

3. Difficultés financières

Nous avons évoqué le fait que les patients présentant des troubles de la santé mentale étaient souvent plus enclins à appartenir à des classes socio-économiques défavorisées ou bien à rencontrer des difficultés professionnelles et financières(62).

Ces difficultés représentent un frein non négligeable aux soins dentaires. En effet, ces services sont connus pour être particulièrement onéreux, et ce malgré la mise en place, en France, du 100% Santé(29). De nombreuses prestations sont aujourd'hui mieux prises en charge par la sécurité sociale et la mutuelle, mais certaines présentent toujours un reste à charge pour le patient plus ou moins élevé.

Ces patients peuvent être reconnus comme étant en Affection Longue Durée (ALD), cependant les soins dentaires ne sont pas pris en compte dans leur parcours de soin(66).

L'absence de revenus ou d'emploi inclut parfois l'absence de couverture mutuelle, impliquant une prise en charge des soins moindre, et parfois l'abandon des plans de traitement ou le refus des devis(62,65).

iii. Autonomie juridique

Souvent jugés comme instables, il n'est pas rare que les personnes atteintes de troubles de l'humeur, (en particulier de troubles bipolaires) bénéficient de protection juridique. La demande de protection peut provenir de la personne concernée directement, ou d'un proche, ou encore du médecin traitant.

Nous en retrouvons trois différentes, allant du plus ou moins contraignant, à savoir :

- La sauvegarde de justice : procédure simple qui peut être établie en urgence, de façon provisoire. La personne est libre de ses actes sauf en cas d'actes importants comme l'achat d'un bien immobilier par exemple.
- La curatelle : Etablie par un juge, la curatelle n'est pas une mesure temporaire. Ici, la personne peut gérer elle-même ses revenus et dépenses quotidiennes, mais est assistée dans les décisions plus importantes.
- La tutelle : Beaucoup plus contraignante, la personne sous tutelle ne prend plus les décisions elle-même, mais à l'aide d'un tuteur, que ce soit pour la vie quotidienne ou les décisions exceptionnelles.

Ces mesures peuvent être utilisées lorsque le patient se trouve en phase maniaque afin d'éviter tout risque de dépenses excessives.

Dans ce cas, le patient ne sera plus en mesure d'accepter un devis seul, et devra demander l'accord de son représentant(67,68).

iv. Cas des patients hospitalisés

Dans certains cas, nous avons vu qu'une hospitalisation en unité psychiatrique peut être nécessaire chez les patients souffrant de troubles de l'humeur. Cependant, peu de ces institutions disposent d'un service d'accompagnement dentaire, et le personnel médical (médecins, infirmiers, aides-soignants) n'est pas toujours suffisamment formé aux consignes d'hygiène et au diagnostic des pathologies buccales(36,61). Pourtant, nous avons évoqué plus tôt que les patients hospitalisés avaient une hygiène bucco-dentaire diminuée par rapport aux autres patients.

b. Difficultés rencontrées par le praticien

i. Connaissance des pathologies

Les troubles de l'humeur étant relativement méconnus auprès du grand public, il semble probable qu'il en soit de même de la part des chirurgiens-dentistes. Le champ des maladies mentales est très vaste, et beaucoup de pathologies peuvent être confondues, comme vu avec les patients bipolaires souvent diagnostiqués dépressifs à tort. Pourtant, nous savons que les traitements ne seront pas les mêmes pour l'une ou l'autre de ces pathologies(16).

Beaucoup de praticiens estiment ne pas avoir été suffisamment formés, et de ne pas avoir assez de connaissances des pathologies mentales ou des interactions médicamenteuses. Ainsi, certains refusent parfois d'entreprendre des soins, pensant manquer de compétences quant à la gestion de ces cas, et vont rapidement orienter les patients vers un autre spécialiste. Pourtant, il est primordial de s'informer auprès du psychiatre et du médecin généraliste afin de mettre en place la prévention, les prescriptions et les soins adaptés, car nous

savons désormais que ce sont des patients à haut risque de pathologies bucco-dentaires(11,53,55).

De plus, nous avons vu que ces patients peuvent fréquemment être atteints d'autres pathologies générales exerçant une influence sur les dents, tels que le diabète avec le syndrome métabolique, qui est un facteur de risque avéré de parodontites.

Enfin, nous avons énoncé à maintes reprises que ce sont des personnes ayant une confiance en eux souvent diminuée, et leur qualité de vie pourrait en être sérieusement affectée si aucun traitement n'est entrepris(36).

ii. Connaissance des traitements

Lors de l'anamnèse, le patient sera amené à préciser les traitements qu'il suit au chirurgien-dentiste. Il est important pour le praticien de savoir ou de se renseigner sur les différentes conséquences que ceux-ci peuvent avoir sur la sphère orale, ainsi que les interactions qu'ils peuvent avoir avec certains produits utilisés dans la pratique des soins dentaires(9,16).

1. L'anesthésie locale

L'épinéphrine (molécule de synthèse de l'adrénaline) est un vasoconstricteur fréquemment retrouvé dans la composition de l'anesthésie locale. Elle agit sur les récepteurs alpha (responsables principalement de vasoconstriction) et avec une plus grande affinité sur les récepteurs beta (responsables de vasodilatation) des fibres musculaires lisses, qui tapissent la paroi des vaisseaux sanguins. A faible dose, la vasodilatation sera privilégiée, mais si la concentration augmente, la fixation sur les récepteurs alpha entraînera une action vasoconstrictrice, recherchée lors d'une anesthésie.

Or, dans le cadre d'un traitement par antidépresseurs tricycliques, ceux-ci vont bloquer les récepteurs alpha ce qui favorise la fixation de l'épinéphrine sur les récepteurs beta, entraînant une vasodilatation, qui peut mener à une hypotension et une tachycardie réactionnelle.

A l'inverse, d'autres études évoquent une potentialisation de l'effet des vasoconstricteurs avec certains antidépresseurs, entraînant un risque d'hypertension(9,39).

Enfin, chez les patients toxicomanes, l'anesthésie locale utilisée concomitamment à la prise de cocaïne entraîne une augmentation de la réponse des récepteurs, conduisant à un risque d'hypertension ou même d'infarctus du myocarde(9).

Cependant, il ne semble pas exister de recommandations en ce qui concerne l'utilisation de vasoconstricteurs. Il est seulement recommandé de les utiliser à bon escient, en respectant les doses maximales afin de délivrer les soins les plus consciencieux.

2. Interactions médicamenteuses

Le chirurgien-dentiste peut être amené à prescrire des médicaments dans le cadre de ses soins. Les plus fréquents seront les antalgiques, les anti-inflammatoires et les antibiotiques.

a. Les antibiotiques

Lorsqu'une prescription d'antibiotiques est nécessaire, des précautions seront à prendre chez les patients atteints de troubles de l'humeur. En effet, le métronidazole ou les tétracyclines associés au traitement par le lithium peuvent entraîner une rétention rénale du lithium, qui se retrouvera en quantité trop importante et toxique pour l'organisme(9).

Les antibiotiques appartenant à la famille des macrolides (par exemple : Azithromycine ou Clarithromycine) vont par exemple inhiber l'action des cytochromes CYP3A4, enzymes trouvées en majorité au niveau hépatique et responsables de la métabolisation de nombreux médicaments. Ainsi, certaines molécules usuellement métabolisées par cette enzyme vont voir leur concentration plasmatique augmenter et entraîner un surdosage, comme la carbamazépine ou le valproate de sodium (anticonvulsivants)(9,39).

b. Les anti-inflammatoires

Tout comme avec le métronidazole, la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdien (AINS) empêchera l'élimination du lithium par voie rénale, exposant le patient à un risque de toxicité.

Un risque de saignement plus important que la norme a également été démontré avec l'association d'IRS ou de valproate de sodium avec des AINS. De plus, le valproate de sodium a pour effet secondaire fréquent la thrombopénie, son association avec des molécules telles que l'acide acétylsalicylique (majoritairement connu sous le nom d'Aspirine) en est d'autant plus déconseillée afin d'éviter des risques de saignements trop importants en cas de chirurgie(9,39).

c. Les antalgiques

En cas de douleurs, le patient va exprimer l'intensité perçue de celle-ci à l'aide de l'échelle numérique par exemple, qu'il va quantifier entre 1 et 10. En cas de douleurs faibles, le paracétamol (antalgique de pallier 1) est le plus souvent prescrit par le praticien. Cependant dans certains cas de douleurs plus importantes non soulagées par le paracétamol, le chirurgien-dentiste va se tourner vers des antalgiques de pallier 2, à savoir la codéine ou le tramadol, qui correspondent aux antalgiques opiacés faibles.

Celui qui va le plus nous préoccuper est le tramadol. Effectivement, pris en association à des antidépresseurs, le patient est à risque de syndrome sérotoninergique. Ce syndrome est lié à une stimulation excessive des récepteurs de la sérotonine. Le patient peut faire face à une agitation excessive, une confusion importante, ainsi que des spasmes musculaires, de l'hypertension, de la fièvre etc... Non traité, ce syndrome peut engager le pronostic vital du patient(39).

En raison des nombreuses interactions possibles, l'instauration d'une communication interdisciplinaire entre le chirurgien-dentiste, le médecin traitant ou le psychiatre permet une meilleure prise en charge du patient, afin de fournir des soins consciencieux et adaptés à la situation clinique. Or, le manque d'information souvent

rapporté par les professionnels peut mener à des erreurs de prescription voire un refus de soins.

iii. Compliance des patients

Un des problèmes fréquemment rencontrés par les praticiens au cabinet dentaire est le manque de compliance des patients.

Les patients atteints de troubles de l'humeur ont effectivement davantage tendance à manquer, oublier ou annuler au dernier moment leurs rendez-vous. Ce sont également des patients qui éprouveront plus de difficultés à suivre correctement leurs traitements ou les recommandations d'hygiène données par le chirurgien-dentiste, ainsi que par les autres spécialistes (36,63).

Or, dans un contexte où les rendez-vous et les praticiens manquent, le fait de manquer plusieurs rendez-vous est souvent passible d'éradication de la liste de patientèle dans certains cabinets, ce qui pourra entraîner une aggravation de l'état dentaire de ces patients(55).

c. Parcours de soins au cabinet dentaire

i. Prévention

En France, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) recommande un brossage à l'aide d'une brosse à dent manuelle ou électrique deux fois par jour (matin et soir) au minimum, associée à un dentifrice fluoré à environ 1500ppm, et ce pendant 2 à 3 minutes, afin d'éliminer la plaque dentaire. De plus, l'UFSBD recommande le passage du fil dentaire ou de brossettes, souvent trop oubliés, une fois par jour et plus particulièrement le soir. En effet, nous avons tendance à produire moins de salive en dormant, ce qui favorise la prolifération de micro-organismes pathogènes, c'est pourquoi l'éviction de tous les résidus présents entre les dents est primordiale avant le coucher. Également, une visite de contrôle annuelle chez le dentiste est recommandée pour effectuer une vérification globale à l'aide de l'examen visuel et radiographique afin de diagnostiquer précocement les problèmes dentaires ou parodontaux.

Les patients présentant des troubles de l'humeur ayant une forte tendance à négliger leur hygiène, il est primordial de faire un rappel de ces recommandations d'hygiène dès que possible.

De plus, nous avons vu qu'une grande partie des traitements qui leur sont prescrits peuvent induire une xérostomie. Par conséquent, il est primordial que le chirurgien-dentiste leur demande s'ils ressentent une sécheresse buccale plus importante qu'avant, ou bien s'ils ressentent des difficultés lors de la mastication, la phonation ou bien la déglutition. Si oui, le praticien pourra prescrire des substituts salivaires, commercialisés sous forme liquide ou gel. Les principes actifs retrouvés sont la pilocarpine ou l'anétholtrithione. Toutefois leur utilisation peut être limitée en raison de leurs effets indésirables, à savoir des maux de tête ou encore des diarrhées(69). Ainsi, nous pouvons conseiller au patient l'utilisation de chewing-gums (de préférence sans sucres) qui contiennent du xylitol, un substitut du sucre, stimulant la production

salivaire.

Il faut également encourager le patient à boire régulièrement de petites gorgées d'eau afin d'hydrater la cavité buccale. Dans certains cas, des gouttières de fluoration peuvent être utilisées afin de protéger les dents. Effectivement, le fluor a une action cariostatique (favorise la reminéralisation de l'émail et a une action bactéricide), ce qui en fait un composant essentiel dans la prévention de la pathologie carieuse. Chez ces patients, il sera parfois préférable de prescrire des dentifrices hautement fluorés plutôt que les dentifrices classiques à 1500ppm (comme le *Fluocaril*), et l'application de vernis hautement fluoré (type Duraphat) peut s'avérer utile pour prévenir les attaques bactériennes mais également les sensibilités dues aux usures (9,39,42,61).

Enfin, une consultation peut s'avérer nécessaire avant une électro convulsivothérapie afin d'identifier les dents mobiles ou fracturées car l'intervention va stimuler les muscles masséters et entraîner un serrage intense des dents et ce malgré la mise en place de gouttières de protection occlusale(9).

Pour conclure, il est important d'instaurer des contrôles fréquents avec le patient si sa compliance le permet, souvent plus d'une fois par an car une bonne santé orale est un facteur favorisant à une meilleure estime de soi(9).

ii. Soins conservateurs

Les patients atteints de troubles de la santé mentale font souvent face à une perte de chance en ce qui concerne les soins dentaires. En effet, la négligence de leur hygiène orale et le peu de compliance dont ils font preuve conduira souvent les chirurgiens-dentistes à faire le choix de l'avulsion plutôt que d'entreprendre les soins conservateurs ou prothétiques(36).

Pourtant, en raison des nombreux risques de lésions carieuses ou d'usures dentaires, le recours aux soins d'odontologie conservatrice ou d'endodontie peut s'avérer nécessaire.

Des restaurations peuvent être envisagée à la suite du traitement d'une carie ou bien afin de soulager les sensibilités des patients (comme lors d'une attrition trop importante exposant dentine et cément). Un choix de matériaux s'ouvre au chirurgien-dentiste, allant du composite au ciment verre ionomère (cvi) en passant par l'amalgame, plus vraiment utilisé aujourd'hui en raison de sa teneur en mercure, bien qu'aucune preuve de sa toxicité n'ait été démontrée.

Toutefois, en raison de la sécheresse buccale souvent présente chez ces patients, ces restaurations auraient tendance à avoir une durée de vie diminuée. Aucune recommandation n'existe en ce qui concerne les matériaux d'obturation à privilégier chez les patients atteints de xérostomie. Les CVI, contenant du fluor, peuvent sembler plus appropriés, mais présentent une détérioration plus rapide. Cependant, leur résistance mécanique ne cesse d'être améliorée, avec l'apparition de nouveaux CVI tels que les *Equia* et *Equia Forte*. Les composites, plus résistants seront alors plus utilisés, mais sont pourtant moins conseillés chez les patients à haut risque carieux en raison de leur risque d'infiltration et donc de reprise carieuse. Ainsi, la solution la plus appropriée pourrait être la solution prothétique fixe(70).

iii. Prothèses amovibles et implants

Etant donné le risque d'édentement partiel ou total plus élevé chez ces personnes, le chirurgien-dentiste pourra proposer une solution prothétique afin de rétablir la fonction masticatoire, phonétique, et l'esthétique. Non remplacées, les dents manquantes peuvent entraîner un sentiment de honte chez le patient, empirer son manque de confiance en soi et le pousser à s'isoler davantage.

Le chirurgien-dentiste pourra proposer une solution amovible ou implantaire. La deuxième est souvent plus compliquée à mettre en place pour plusieurs raisons, à savoir : le coût souvent élevé ou bien la compliance du patient en ce qui concerne le suivi des règles d'hygiène et d'arrêt du tabac. Peu d'études ont évalué la survie implantaire chez les patients atteints de trouble de la santé mentale, en partie car ces patients sont plus à risque d'avoir de faibles revenus ou d'appartenir à des classes socio-économiques défavorisées. Un devis proposant les différentes thérapeutiques envisageables doit être donné au patient, et son consentement éclairé ou celui de son représentant légal doit obligatoirement être obtenu avant de débiter des soins(40,55).

Les prothèses amovibles semblent plus utilisées mais la xérostomie souvent présente chez ces patients peut augmenter le risque de candidoses, d'infections, ainsi qu'une mauvaise rétention des prothèses et de douleur en raison de l'absence de lubrification par la salive(38,55).

Il est important de bien expliquer les risques au patient, de lui indiquer les bonnes conduites en matière d'entretien de la prothèse, et les solutions existantes en cas de gêne. Par exemple, l'utilisation de crèmes adhésives pourront améliorer la rétention et le confort des patients(71). Des rendez-vous de contrôle fréquents doivent être mis en place afin de ne pas perdre la compliance du patient.

iv. Parodontologie

L'augmentation de la sécrétion de cortisol étant un facteur de risque de parodontite, un suivi de l'état parodontal du patient doit être instauré. Des détartrages fréquents peuvent s'avérer nécessaires, et des soins de parodontologie peuvent être proposés.

Un bilan parodontal permet, à l'aide d'une sonde graduée, de déterminer la perte d'attache, qui correspond à la profondeur des poches parodontales additionnée à la mesure des récessions gingivales. Le chirurgien-dentiste recherchera la présence de plaque, de saignement au sondage, les éventuelles atteintes de furcation (perte osseuse atteignant la zone inter-radulaire des dents pluriradiculées) et les mobilités présentes.

Il pourra alors établir un plan de traitement adapté, selon le gradient thérapeutique, et repréciser les consignes d'hygiène au patient à savoir deux brossages par jour, le passage du fil dentaire ou des brossettes et également l'utilisation de bain de bouche contenant de la chlorhexidine en cas de gingivite(9).

Néanmoins, un devis doit obligatoirement être établi avant d'entamer ces soins. En effet, les traitements parodontaux ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale en France, et font donc parti des soins « hors nomenclature », le tarif est donc défini par le praticien. Par conséquent les patients atteints de trouble de l'humeur, ayant souvent des revenus moindres, auront plus de chance de refuser ces devis.

Enfin, dans le cas où les soins sont acceptés, quelques études ont rapporté qu'en cas de dépression les résultats des thérapeutiques parodontales étaient moins concluants que pour la population générale (40).

v. PMF

Enfin, nous avons vu que dans certains cas, la tentative de suicide par arme à feu portée sous la mandibule peut endommager une partie du visage. Dans ce cas, une réhabilitation par prothèse maxillo-faciale (PMF) peut se révéler nécessaire. Le chirurgien maxillo-facial va, en association avec un chirurgien-dentiste et un psychiatre, mettre en place une prothèse permettant de remplacer les parties lésées voire manquantes. Une première phase comportant de multiples chirurgies sera effectuée, avant de mettre en place une PMF provisoire. Une fois la guérison des tissus (osseux et mous) terminée, une prothèse définitive peut être envisagée(72).

Cependant, il arrive que des déplacement trop importants des bases osseuses entraîne des malocclusions et des difficultés à rétablir un visage similaire à celui qu'avait le patient avant l'incident. Dans ce cas, des compromis doivent être trouvés, et là encore une coordination entre le patient, le chirurgien maxillo-facial et les psychiatres et psychologues doivent être trouvés afin de rétablir au maximum les fonctions digestives, phonatoires et esthétiques, et par-dessus tout le bien-être du patient (55).

IV) Conclusion

En conclusion, les troubles de l'humeur peuvent avoir un impact significatif sur la santé générale, et par conséquent la santé orale et les soins bucco-dentaires. Les pathologies associées, les effets secondaires des traitements ou les changements de mode de vie sont tous des facteurs pouvant contribuer à des problèmes bucco-dentaires chez les patients atteints. La connaissance de ces facteurs de risque est essentielle dans la pratique des soins dentaires, et le chirurgien-dentiste doit pouvoir les identifier afin de mettre en place la meilleure thérapeutique en tenant compte des particularités de cette population. L'équilibre se joue entre le fait de ne pas nuire et le fait d'apporter un confort au patient tout en prenant en compte l'état émotionnel dans lequel se trouve la personne au moment de la consultation, pour avancer étape par étape afin de ne pas apporter trop de contraintes à des individus déjà fragiles psychologiquement.

L'information du patient et des aidants joue un rôle majeur dans la prévention, et une collaboration multidisciplinaire avec le psychiatre, psychologue ou médecin traitant doit être mise en place, mais également une formation et une sensibilisation du personnel soignant en institution psychiatrique.

Ainsi, une meilleure connaissance de ces troubles encore trop peu connus du grand public et de leurs impacts pourrait permettre une meilleure approche thérapeutique, afin d'améliorer l'estime de soi des patients et une meilleure qualité de vie, primordiales à la guérison.

Bibliographie

1. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentify%2f334423054>
2. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
3. Canada A de la santé publique du. Que faut-il savoir sur le trouble bipolaire (maniaco-dépression)? [Internet]. 2009 [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladie-mentale/faut-savoir-trouble-bipolaire-maniaco-depression.html>
4. Hirschfeld RM. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. déc 2014;169:S12-6.
5. Le diagnostic et la prise en charge des troubles bipolaires [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire/diagnostic.html>
6. Comment soigne-t-on la dépression ? [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/traitements.html>
7. Dépression · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
8. Cockburn N, Pradhan A, Taing MW, Kisely S, Ford PJ. Oral health impacts of medications used to treat mental illness. *J Affect Disord*. 1 déc 2017;223:184-93.
9. Clark DB. Dental Care for the Patient with Bipolar Disorder. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2003;69(1).
10. Les médicaments des troubles bipolaires [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire/medicaments.html>
11. Denis F. Santé bucco-dentaire des patients en institution psychiatrique. *Soins Psychiatrie*. janv 2014;35(290):40-4.
12. Les autres traitements des troubles bipolaires [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire/autres-traitements.html>
13. Recommandations Trouble bipolaire [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/trouble-bipolaire-1568.html>
14. Qui sont les personnes dépressives ? [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/qui.html>
15. Dawel A, Shou Y, Smithson M, Cherbuin N, Banfield M, Calear AL, et al. The Effect of COVID-19 on Mental Health and Wellbeing in a Representative Sample of Australian Adults. *Front Psychiatry*. 6 oct 2020;11:579985.
16. AlSuliman FS, Zaazouee MS. Associations Between Mental Health and Oral Health in Saudi Arabia: An Online Survey-Based Cross-Sectional Study. *Cureus* [Internet]. 21 nov 2022 [cité 6 févr

- 2023]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/124770-associations-between-mental-health-and-oral-health-in-saudi-arabia-an-online-survey-based-cross-sectional-study>
17. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 18. Pohjola V, Nurkkala M, Virtanen JI. Psychological distress, oral health behaviour and related factors among adolescents: Finnish School Health Promotion Study. *BMC Oral Health*. 6 janv 2021;21:6.
 19. Oral Health among Patients with Bipolar Disorder. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 28 déc 2018;16(6):509-16.
 20. Les causes des troubles bipolaires [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire/causes.html>
 21. Pourquoi développe-t-on une dépression ? [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/causes.html>
 22. LES MÉCANISMES BIOLOGIQUES DE LA DÉPRESSION [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://institutducerveau-icm.org/fr/depression/mecanismes/>
 23. Les troubles bipolaires [Internet]. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/les-troubles-bipolaires/>
 24. Barden N. Implication of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in the physiopathology of depression. *J Psychiatry Neurosci*. 29:185-93.
 25. Mohammadi TM, Sabouri A, Sabouri S, Najafipour H. Anxiety, depression, and oral health: A population-based study in Southeast of Iran. *Dent Res J (Isfahan)*. 2019;16(3):139-44.
 26. Knüppel A, Shipley MJ, Llewellyn CH, Brunner EJ. Sugar intake from sweet food and beverages, common mental disorder and depression: prospective findings from the Whitehall II study. *Sci Rep*. 27 juill 2017;7(1):6287.
 27. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. *American Journal of Preventive Medicine*. juill 2002;23(1):51-61.
 28. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. mars 2007;44(3):457-66.
 29. Kisely S, Quek LH, Pais J, Laloo R, Johnson NW, Lawrence D. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. sept 2011;199(3):187-93.
 30. Penninx BWJH, Lange SMM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 31 mars 2018;20(1):63-73.
 31. Sonne SC, Brady KT. SUBSTANCE ABUSE AND BIPOLAR COMORBIDITY. *Psychiatric Clinics of North America*. sept 1999;22(3):609-27.
 32. Alcoholism and Psychiatric Disorders: Diagnostic Challenges. 2002;26(2).
 33. Gandré C, Coldefy M. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère.

34. Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project.
35. Suzanne I, Fourquet F, Degiovanni A, Gaillard P. Évolution et retentissement sociofamilial des troubles bipolaires de l'humeur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2001;159(8):554-9.
36. Slack-Smith L, Hearn L, Scrine C, Durey A. Barriers and enablers for oral health care for people affected by mental health disorders. *Australian Dental Journal*. 2017;62(1):6-13.
37. Marrag I, Hajji K, Hadj Ammar M, Zarrouk L, Kachouri R, Nasr M. Trouble bipolaire type I et qualité de vie : étude transversale auprès de 104 patients tunisiens. *L'Encéphale*. sept 2015;41(4):355-61.
38. Hudson J. How mental health affects oral health. *BDJ Student*. 2021;28(3):21-3.
39. Page MM, Somerville-Brown LM. Psychotropic drugs and dentistry. *Aust Prescr*. 1 août 2007;30(4):98-101.
40. Ball J, Darby I. Mental health and periodontal and peri-implant diseases. *Periodontology 2000*. oct 2022;90(1):106-24.
41. Gholami N. Effect of stress, anxiety and depression on unstimulated salivary flow rate and xerostomia. 2017;11(4).
42. Kisely S. No Mental Health without Oral Health. *Can J Psychiatry*. 1 mai 2016;61(5):277-82.
43. La maladie carieuse [Internet]. UFSBD. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/la-maladie-carieuse/>
44. Folayan MO, El Tantawi M, Aly NM, Adeniyi AA, Oziegbe E, Arowolo O, et al. Associations between a history of sexual abuse and dental anxiety, caries experience and oral hygiene status among adolescents in sub-urban South West Nigeria. *BMC Oral Health*. 19 avr 2021;21(1):196.
45. Han JY, Lee JS, Lee JH, Jin MH, Kim SH. Associations between dietary habits, emotional state and subjective oral symptoms in 62,276 South Korean adolescents. *International Dental Journal*. oct 2020;70(5):347-59.
46. Sabbah W, Folayan MO, El Tantawi M. The Link between Oral and General Health. *International Journal of Dentistry*. 29 mai 2019;2019:1-2.
47. Nisand D, Struillo X, Vincent-Bugnas S, Range H, Gosset M. Une nouvelle classification des maladies parodontales. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 oct 2019;58(589):49-52.
48. Decker A, Askar H, Tattan M, Taichman R, Wang HL. The assessment of stress, depression, and inflammation as a collective risk factor for periodontal diseases: a systematic review. *Clin Oral Invest*. janv 2020;24(1):1-12.
49. Comprendre l'usure des dents : la clef du diagnostic - Comprendre et traiter les lésions d'usure - Comptes-rendus des journées de formation - SOP [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.sop.asso.fr/les-journees/comptes-rendus/25-comprendre-et-traiter-les-lesions-d-usure/1>
50. Bou Khalil R, Richa S. Bruxisme induit par les psychotropes : mise au point. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. avr 2012;170(3):169-73.

51. Attrition | Studio Dentaire [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.studiodentaire.com/conditions/fr/attrition.php>
52. L'érosion dentaire peut être prévenue [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/formation/soins-de-1ers-recours/lerosion-dentaire-peut-etre-prevenue>
53. Torales J, Barrios I, González I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. *Medwave*. 22 sept 2017;17(08):e7045-e7045.
54. Öner Ü, Öner F, Kurt O, Özdemir Ş. Evaluation of Quality of Life, Anxiety and Depression in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. *eamr*. 1 mars 2022;38(1):23-8.
55. Griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K, et al. Oral Health Care for People with Mental Health Problems Guidelines and Recommendations. 2000;
56. Rothman K, Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *Journal of Chronic Diseases*. déc 1972;25(12):711-6.
57. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1 févr 2011;128(3):191-8.
58. Folayan MO, Ibigbami OI, Oloniniyi IO, Oginni O, Aloba O. Associations between psychological wellbeing, depression, general anxiety, perceived social support, tooth brushing frequency and oral ulcers among adults resident in Nigeria during the first wave of the COVID-19 pandemic. *BMC Oral Health*. déc 2021;21(1):520.
59. Aly NM, Elwan AH, Elzayet RM, Hassanato NMR, Deif M, Abdelaziz WE, et al. Association between COVID-19 stress, coping mechanisms and stress-related oral conditions among Egyptian adults: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 27 oct 2022;12(1):18062.
60. Suresh KV, Shenai P, Chatra L, Ronad YAA, Bilahari N, Pramod RC, et al. Oral mucosal diseases in anxiety and depression patients: Hospital based observational study from south India. *J Clin Exp Dent*. 1 févr 2015;7(1):e95-9.
61. Lacoste-Ferré MH, Olivès E, Labat C, El Kolli-Calvo MC, Despax G, Pouyadou AC, et al. Soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en psychiatrie : Expérience du CHS du Gers. 1. Constat préliminaire. *L'information psychiatrique*. 2016;92(8):649-56.
62. Tiwari T, Kelly A, Randall CL, Tranby E, Franstve-Hawley J. Association Between Mental Health and Oral Health Status and Care Utilization. *Front Oral Health*. 7 févr 2022;2:732882.
63. Bjørkvik J, Henriquez Quintero DP, Vika ME, Nielsen GH, Virtanen JI. Barriers and facilitators for dental care among patients with severe or long-term mental illness. *Scandinavian Caring Sciences*. mars 2022;36(1):27-35.
64. Halonen H, Nissinen J, Lehtiniemi H, Salo T, Riipinen P, Miettunen J. The Association Between Dental Anxiety And Psychiatric Disorders And Symptoms: A Systematic Review. *CPEMH*. 31 août 2018;14(1):207-22.
65. van der Zande MM, Exley C, Wilson SA, Harris RV. Disentangling a web of causation: An ethnographic study of interlinked patient barriers to planned dental visiting, and strategies to overcome them. *Community Dent Oral Epidemiol*. avr 2021;49(2):144-57.

66. ALD n° 23 - Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_767572/fr/ald-n-23-troubles-depressifs-recurrents-ou-persistants-de-l-adulte
67. Vivre avec la maladie : Aspects légaux [Internet]. Troubles bipolaires. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.troubles-bipolaires.com/vivre-avec-la-maladie/aspects-legaux/>
68. Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice : quelles différences ? [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10424>
69. Bilan et traitement en cas de sécheresse de bouche [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/secheresse-bouche/consultation-traitement>
70. Leinonen J, Vähänikkilä H, Raninen E, Järvelin L, Näpänkangas R, Anttonen V. The survival time of restorations is shortened in patients with dry mouth. *Journal of Dentistry*. oct 2021;113:103794.
71. Bogucki ZA, Napadlek P, Dabrowa T. A Clinical Evaluation Denture Adhesives Used by Patients With Xerostomia. *Medicine*. févr 2015;94(7):e545.
72. Hickey AJ. Maxillofacial prosthetic rehabilitation following self-inflicted gunshot wounds to the head and neck. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. janv 1986;55(1):78-82.

Table des illustrations

Figure 1 : Conduite thérapeutique à suivre pour les troubles bipolaires(13)	17
Figure 2 : Schéma d'une synapse en condition normale et en condition de dépression(22) .	18
Figure 4 : Schéma représentant l'évolution de la maladie carieuse(43).....	24
Figure 5 : Schéma représentant les différents stades de la maladie parodontale(47)	25
Figure 6 : Photographie représentant un cas d'abrasion dentaire(49).....	26
Figure 7: Photographie représentant un cas d'attrition dentaire (51).....	26
Figure 8 : Photographie représentant un cas d'érosion dentaire(52).....	27

NANTES UNIVERSITÉ
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Vu le Doyen,

Pr Assem SOUEIDAN

COUTANT (Nolwenn) – Impact de la santé mentale sur la santé orale et les soins bucco-dentaires. Exemple des troubles bipolaires.

- 44f. ; 8ill. ; 72ref ; 30cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2023)

RESUME

Les troubles de l'humeur comprennent les troubles dépressifs et les troubles bipolaires, qui toucheraient respectivement 5% et 2% de la population mondiale, bien qu'ils soient probablement sous-diagnostiqués.

Les variations de l'humeur, les changements de comportement et les nombreux traitements vont avoir de nombreux impacts sur le mode de vie du patient mais également sur sa santé générale et par conséquent sur sa santé orale.

En effet, l'analyse de la littérature nous a permis de démontrer que ces individus présentent régulièrement un état dentaire dégradé par rapport à la population générale.

Le chirurgien-dentiste devra alors s'adapter aux particularités de ces patients, en commençant par une connaissance des traitements et de leurs effets secondaires, ainsi que la mise en place d'une thérapeutique préventive alliée à une prise en charge pluridisciplinaire avec le médecin traitant et le personnel psychiatrique afin de fournir les soins adaptés et de garantir une amélioration de la qualité de vie du patient.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie, Santé Publique

MOTS CLEFS MESH

Troubles de l'humeur – Mood Disorders

Dépression – Depression

Trouble bipolaire – Bipolar Disorder

Psychiatrie – Psychiatry

Antidépresseurs – Antidepressive agents

Neuroleptiques – Antipsychotic agents

Xérostomie – Xerostomia

Soins dentaires – Dental care

JURY

Président : Professeur Soueidan A.

Directrice : Docteur Enkel B.

Assesseur : Docteur Amador Del Valle G.

Assesseur : Docteur Jordana F.