



HAL
open science

Santé bucco-dentaire et troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie, carences

Clémence Rabhi

► **To cite this version:**

Clémence Rabhi. Santé bucco-dentaire et troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie, carences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. <dumas-04655740>

HAL Id: dumas-04655740

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04655740v1>

Submitted on 22 Jul 2024

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.



HAL Authorization

UNIVERSITE de REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2024

N°

THESE

en vue de l'Obtention du

DIPLOME D'ETAT

de

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

RABHI Clémence

Née le 08/10/1999

**Santé bucco-dentaire et troubles du comportement
alimentaire : anorexie, boulimie, carences**

Présentée et soutenue publiquement le 11/01/2024

JURY

Président : Professeur BRAUX Julien
Directeur : Docteur JOURDAIN Marie-Laure
Asseseurs : Docteur PIERRARD Loïc
Docteur SERGHERAERT Johan

UNIVERSITE DE REIMS

CHAMPAGNE-ARDENNE

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE

Monsieur Guillaume GELLÉ

**1^{ER} VICE-PRESIDENT
CLEMENT
(vice-président du CAC)**

Monsieur Christophe

VICE-PRESIDENT (C.A.)

Monsieur Olivier DUPERON

**VICES-PRESIDENTS (C.A.C)
BACKER**

Madame Marie Renée DE

CLEMENT

Monsieur Christophe

VICE-PRESIDENTS (C.F.V.U.)

Madame Marie Renée DE

BACKER

Madame Emmanuelle

LECLERCQ

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

Monsieur Etienne DESMET

UNIVERSITE DE REIMS

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE

D'ODONTOLOGIE

DIRECTEUR

Monsieur Pierre MILLET

DIRECTEUR-ADJOINT

Monsieur Julien BRAUX

DIRECTRICE-ADJOINTE

Madame Marie-Paule GELLÉ

DIRECTRICE-ADJOINTE

Madame Marie-Laure JOURDAIN

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Madame Sylvie GILLET

CONSERVATEUR

Madame Emmanuelle KREMER

CORPS PROFESSORAL DE

L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE REIMS

Sous-Section (56.01) ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

*** Département Odontologie pédiatrique**

Chef de département : Professeur M.P. GELLÉ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

M.P. GELLÉ

I. LOPEZ

F. SIU PAREDES

T. CLEMENT

C. GUIDEZ

*** Département Orthopédie dento-faciale**

Chef de département : Docteur A. MAILLOUX

Maître de Conférences des Universités associé – Praticien Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Attachée d'enseignement

Attachée d'enseignement

A. MAILLOUX

L. BAILLEUL

M. TERRACINA

M. ANDRE

S. SAMAIN MATTEI

Sous-Section (56.02) PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

*** Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale**

Chef de département : Docteur S. MOUSSA BADRAN

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Attaché d'enseignement

Attaché d'enseignement

S. MOUSSA-BADRAN

J. BAILLY

J. CAMIAT

T. BRIET

F. SARRAJ

Sous-Section (57.01) CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE

*** Département Chirurgie orale**

Chef de département : Docteur S. LAURENCE

Professeur des Universités Emérite
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

MENARD

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

B. LEFEVRE
C. BRETAUDEAU
H. HAFIAN
S. LAURENCE
G. EXARTIER-

C. LEDOUBLE
R. MLINAREVIC

*** Département Parodontologie**

Chef de département : Professeur J. BRAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités Associé

J. BRAUX
M.L. JOURDAIN
J. SERGHERAERT
L. PIERRARD

*** Département Biologie orale**

Chefs de département : Professeur S. LORIMIER, Professeur C. MAUPRIVEZ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Professeur des Universités - Biologie cellulaire (CNU 65)
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités Associé

S. LORIMIER
C. MAUPRIVEZ
H. KERDJOUJ
S. DERRUAU
F. LEMAIRE

Sous-Section (58.01) DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

*** Département Dentisterie restauratrice – Endodontie**

Chef de département : Docteur C. ÖZCAN

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités associé – Praticien Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Assistante universitaire Associée
Attachée d'enseignement
Attaché d'enseignement

Y. JOSSET
J.H. TUBIANA
C. ÖZCAN
A. BAUM
F. CHAINOT
M. ROLIN
P. VAUCHELET
K. CAMPANO ROZAS
E. DEMOTIER
M. MARTEAU

*** Département Prothèses**

Chef de département : Docteur E. SCHITTLY-MEDARD

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

MEDARD

Maître de Conférences des Universités Associé – Praticien Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

**C. MÉDARD
E. SCHITTLY-**

**C. MAILLET
R. BADRAN
D. BUREAU
G. DORBEAUX
A.S. JAVONENA**

*** Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux**

Chef de département : Docteur J. LECLERE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Maître de Conférences des Universités Associé – Praticien Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

Attachée d'enseignement

**P. MILLET
J. LECLERE
R. BASTON
G. MOUSSÉ
E. PREAUBERT**

ANGLAIS

Professeur Agrégé

M. CANTENER

INFORMATIQUE

Professeur Certifié

D. EUDES

**CORPS PROFESSORAL
U.F.R. DE MÉDECINE DE REIMS**

ANATOMIE PATHOLOGIE GENERALE

Mme le Dr BOULAGNON

BIOCHIMIE

M. le Professeur RAMONT

MICROBIOLOGIE

M. le Professeur DE CHAMPS DE ST LEGER
M. le Professeur ANDREOLETTI

ONCOLOGIE

Les opinions exprimées dans cette thèse n'engagent que leur
auteur et en aucun cas l'U.F.R. d'Odontologie de REIMS

Monsieur Julien BRAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section de
CHIRURGIE ORALE,
PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE, Département Parodontologie
Chef du Département de Parodontologie
Directeur Adjoint de l'U.F.R. d'Odontologie de Reims
Chef du Pôle de Médecine Bucco-Dentaire (CHU Reims)
Docteur de l'Université de Reims Champagne Ardenne
Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je souhaite également vous remercier pour votre implication au sein du pôle et pour votre écoute auprès des étudiants. Veuillez trouver par ces quelques mots l'expression de mon profond respect.

Madame Marie-Laure JOURDAIN

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier dans la sous-section de CHIRURGIE

ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE, Département Parodontologie

Directrice Adjointe de l'U.F.R. d'Odontologie de Reims

Docteur de l'Université de Reims Champagne Ardenne

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre enseignement et votre sourire au quotidien. J'ai énormément appris à vos côtés et je vous en suis grandement reconnaissante. Je vous remercie pour votre réactivité, votre bienveillance et votre soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Avec tout mon respect.

Monsieur Loïc PIERRARD

Maître de Conférences des Universités Associé dans la sous-section de
CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE, Département
Parodontologie

*Je souhaitais vous remercier pour votre accompagnement,
vos conseils, votre disponibilité, votre humour et votre
soutien, ainsi que pour les connaissances que j'ai pu acquérir
grâce à vous au cours de mon externat. Travailler à vos côtés
a été un réel plaisir.*

Avec tout mon respect.

Monsieur Johan SERGHERAERT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section de CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE, Département Parodontologie
Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Bucco-Dentaire (DESMBD)

C'est un grand plaisir de vous compter comme membre du jury de cette thèse.

Je suis reconnaissante d'avoir eu la chance de travailler à vos côtés, et je vous remercie profondément pour toutes les compétences et connaissances que vous avez partagées avec moi. Vous m'avez accompagnée à devenir une bonne praticienne et je vous en remercie.

Avec tout mon respect.

À ma mère,

Mille merci ne valent rien par rapport à tout ce que tu m'as apportée dans ma vie et tout ton soutien depuis le début. Tu as toujours été là pour moi qu'importe les difficultés et l'heure à laquelle je t'appelais. Merci de croire en moi et d'avoir toujours tout fait pour que je réussisse. Tout simplement merci d'être la mère exceptionnelle que tu es.

À ma sœur,

Merci d'accomplir si bien ton rôle de grande sœur. Malgré la distance qui nous sépare actuellement tu es toujours là pour moi quand j'ai besoin. J'ai énormément de chance d'avoir grandi à tes côtés et je suis contente de pouvoir te rejoindre dans le club très privé des Dr.Rabhi. Merci pour tout.

À mon père,

Merci pour tes nombreux conseils dans ma vie personnelle et professionnelle. Ces moments passés avec toi sont précieux.

À mes grands-parents,

J'espère que vous êtes fiers de moi de là où vous êtes.

À mes cousins et cousines,

Merci pour ces moments partagés ensemble, plus particulièrement merci à Charlotte et Adrien pour toutes ces petites soirées. À quand la prochaine ?

À mes oncles et tantes et à Sonia,

Je vous remercie pour votre présence et votre soutien, la petite Clem a bien grandi!

À Marion,

Merci d'être cette personne exceptionnelle que tu es, celle qui écoute sans juger, celle sur qui je peux compter, et celle qui me ramène des fleurs uniquement pour me faire plaisir. Je suis tellement reconnaissante de t'avoir dans ma vie, tu as toujours été là et je te considère réellement comme une sœur. Merci d'être l'incroyable amie que tu es.

À Julien,

Le fait que nous nous connaissons depuis tout petits crée déjà une connexion spéciale mais ces moments passés à la fac avec toi ont été d'autant plus précieux pour moi. Merci juju d'être mon confident et de toujours me donner le sourire.

À Manon,

Merci pour tous ces moments passés avec toi depuis notre rencontre dans l'amphi pour notre premier cours en deuxième année. Six ans plus tard je te confie que je n'aurai pas pu espérer mieux et je suis tellement contente d'avoir passé mes années universitaires à tes côtés. J'ai de la chance de t'avoir eu comme binôme de clinique, de t'avoir comme cousine, comme sœur siamoise, comme coloc et surtout de t'avoir comme amie. Merci pour tout.

À Zoë,

Je suis reconnaissante d'avoir une amie aussi fidèle et exceptionnelle à mes côtés depuis notre rencontre au collège qui a eu lieu il y a déjà treize ans! On a tellement changé mais notre amitié est toujours présente. J'ai hâte que nous fassions notre prochain week-end ensemble pour passer du temps avec toi. Merci pour cette amitié qui malgré la distance reste toujours aussi importante à mes yeux.

À Eugénie,

Ma petite globetrotteuse, j'espère que tu es fière de moi depuis le Canada. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble depuis le BAFA (que je n'ai jamais fini). Je te remercie d'être présente depuis toutes ces années et d'avoir été la première patiente que j'ai soignée. J'ai vraiment de la chance de t'avoir dans ma vie.

À Alex,

Au-delà d'être un ami incroyable, tu es tout simplement quelqu'un de bon et d'attentionné, quelqu'un avec qui on rigole et avec qui on passe forcément de bons moments. Tu comptes énormément pour moi et j'espère que nous garderons contact dans les années à venir. Merci pour toutes ces belles années d'études passées à tes côtés, merci pour ton amitié et pour tous les bons petits plats que nous avons partagés tous les deux.

À Guillaume,

Merci pour tous tes précieux conseils, pour ton écoute, pour tes blagues pas toujours drôles et pour ton authenticité. Je suis vraiment contente de t'avoir rencontré et d'avoir partagé ces années avec toi. Au-delà d'un collègue de travail j'ai trouvé en toi un véritable ami. Merci.

À Constance,

Nous nous sommes réellement rencontrées en juin mais tu es devenue en ces quelques mois passés ensemble une de mes amies très proches. Je tiens à te dire à quel point notre amitié est importante pour moi. Je suis reconnaissante pour les incroyables moments que nous avons passés ensemble depuis peu de temps et j'ai hâte d'en partager d'autres avec toi à l'avenir, en France et ailleurs.

À Tim et Jacob,

Je suis vraiment contente d'avoir pu partager mes vacances avec mes deux bg préférés. Merci pour tous les rires échangés, les moments confidences et les pauses dans le box. Vous êtes vraiment des gars incroyables et je vous souhaite que le meilleur.

Au Dr. Lentrebecq Alexandre,

Merci de m'avoir donnée ma chance et de m'avoir lancée dans le monde professionnel, sans ta motivation cette thèse n'aurait toujours pas été écrite.

À Elodie, Katia, Aurélie,

Je vous remercie pour tous les moments passés avec vous, pour tous les goûters, pour votre écoute, vos sourires, votre bonne humeur et vos conseils. Ces instants passés avec vous ont été vraiment précieux pendant mes années cliniques et je vous en remercie.

À toutes les personnes que je n'ai pu mentionner mais qui sont présentes à ma soutenance de thèse et à tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur, un grand merci.

Introduction

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des affections complexes et dévastatrices qui affectent la relation d'une personne avec la nourriture et son corps. Ainsi ils constituent un problème de santé publique majeur qui affecte des millions de personnes à travers le monde et près de sept millions d'individus en France.

Les médias, l'industrie de la mode et les lobbies font la promotion de normes de beauté irréalistes et exercent une pression sociale sur les individus, les poussant à rechercher des corps minces ou musclés difficilement atteignables. Les idéaux de perfection physique peuvent conduire à des comportements alimentaires restrictifs, à une préoccupation excessive du poids et à une insatisfaction corporelle.

Caractérisés par des comportements alimentaires perturbés, une préoccupation excessive de l'apparence et du poids ainsi que par une altération de l'image corporelle, les TCA comprennent des troubles tels que l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les troubles alimentaires non spécifiés. Ces troubles ont des conséquences dévastatrices et un impact considérable sur la santé physique, psychologique et sociale des individus qui en sont atteints. En outre, ils jouent un rôle significatif dans le domaine de la santé des personnes atteintes, avec des implications importantes pour la cavité buccale et les tissus dentaires.

Les patients atteints de TCA sont fréquemment confrontés à des problèmes bucco-dentaires en raison des comportements alimentaires perturbés associés à ces troubles. L'étude des TCA permet aux professionnels de la chirurgie dentaire de mieux comprendre les besoins spécifiques de ces patients et de développer des approches de traitement adaptées à leurs conditions.

Il est essentiel de comprendre l'importance des troubles du comportement alimentaire dans le domaine de la santé bucco-dentaire afin de mettre en place des stratégies de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge appropriée de ces troubles.

1. Description des troubles du comportement alimentaire

1.1. Épidémiologie et définitions des troubles du comportement alimentaire

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les troubles du comportement alimentaire (TCA) concerneraient 10% de la population française si l'on englobe toutes les formes de troubles de conduites alimentaires soit approximativement 6,7 millions de Français.

Selon l'Assurance Maladie, les TCA atteindraient majoritairement les jeunes femmes, en effet dans plus de 80% des cas les sujets atteints sont de sexe féminin, avec un pic de fréquence pour les individus de 13-14 ans et 16-17 ans. Les troubles de l'alimentation se manifestent généralement pour la première fois pendant l'adolescence et le début de l'âge adulte. (1)

En 2010, la HAS définit les troubles du comportements alimentaires comme étant un « trouble du comportement visant à contrôler son poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaire à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique ». Ces troubles sont durables et conséquents, ayant des répercussions psychologiques et physiques.

Les troubles du comportement alimentaire sont répertoriés dans deux grandes classifications : d'une part la dixième édition de la classification internationale des maladies (CIM-10) et de l'autre la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (DSM-V). (2) (3)

Un individu atteint de TCA peut présenter ce trouble à vie. Malgré une prise en charge adéquate, le risque de récurrence demeure néanmoins élevé.

La boulimie, l'hyperphagie boulimique, l'anorexie mentale sont les troubles du comportement alimentaire les plus fréquemment rencontrés. D'autres formes de TCA existent, toutefois elles sont moins fréquentes.

Parmi ces autres pathologies, le mérycisme également nommé trouble de la rumination, se caractérise par une régurgitation volontaire du bol alimentaire suivi d'une remastication. Ce

trouble peut également être observé chez des patients jeunes atteints d'un handicap intellectuel.

Le PICA quant à lui est caractérisé par la consommation compulsive de substances qui ne sont ni comestibles ni nutritives . Le terme PICA est issu du latin « pica » signifiant la pie. En effet cet oiseau est connu pour son régime alimentaire très varié et sa capacité à ingérer toutes sortes de choses (4). Bien que ce trouble soit généralement considéré comme normal chez les enfants âgés de 18 à 36 mois, il peut perdurer au-delà de cet âge chez les individus atteints de TCA ou présentant des troubles du développement tels que l'autisme.

1.1.1. L'anorexie mentale

1.1.1.1. Définition

D'un point de vue étymologique, l'anorexie est issue du grec « an » (signifiant privation, absence de) et de « orexis » (signifiant appétit).

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire complexe, résultant de l'interaction de divers facteurs étroitement liés. Parmi ces éléments interconnectés, on peut identifier la vulnérabilité psychologique propre à chaque individu, les influences génétiques qui modulent leur prédisposition, ainsi que les facteurs biologiques, familiaux et environnementaux qui jouent un rôle essentiel dans l'émergence et la progression de ce trouble. (5)

Selon l'Assurance maladie, l'anorexie se caractérise par une réduction stricte et volontaire des apports énergétiques par rapport aux besoins de l'organisme sur une longue période (mois voire années), Ce comportement engendre un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe et du stade de développement de l'individu en souffrant. Le sujet atteint d'anorexie mentale présente un véritable rejet de la nourriture. Cette restriction nutritive entraîne alors une perte de poids importante.

Dans le cas de l'anorexie mentale, l'individu est constamment engagé dans une quête de perte de poids. Cette recherche de maigreur est poussée par une altération profonde de son image corporelle, générant une perception déformée de lui-même en termes de poids et

de forme corporelle. Par conséquent, il éprouve un sentiment d'être en surpoids, même lorsque la réalité physique contredit cette perception. Cette discordance crée une certaine anxiété et conduit à une préoccupation obsessionnelle pour la perte de poids. L'individu devient captivé par cette idée, désirant atteindre la minceur à tout prix. Cependant, cette préoccupation excessive l'empêche de reconnaître de manière objective son propre état de maigreur et de malnutrition, renforçant ainsi le cercle vicieux de l'anorexie mentale.

Les épisodes ponctuels d'anorexie mentale peuvent survenir de manière intermittente en réponse à des événements émotionnels majeurs tels que des ruptures sentimentales, un licenciement professionnel ou des périodes de deuil. L'anorexie mentale se traduit alors par des apports caloriques journaliers limités, associés à des comportements compensatoires tels que des vomissements volontaires ou une pratique sportive excessive.

Deux types d'anorexie mentales sont décrites : l'anorexie restrictive pure et l'anorexie hyperphagique purgative.

Dans le cas de l'anorexie restrictive pure, le patient ne fait pas l'expérience de phases d'hyperphagie et il n'adopte pas de comportements compensatoires. Cette forme d'anorexie est définie par une restriction alimentaire extrême, où la consommation de nourriture est considérablement limitée. En contraste, l'anorexie hyperphagique purgative se caractérise par des périodes de jeûne ou par une activité physique excessive en tant que moyens de compensation pour la consommation excessive de nourriture. (6)

1.1.1.2. Indice de Masse Corporelle

L'indice de Masse Corporelle est un indice pondéral calculé en divisant le poids d'une personne par le carré de sa taille et permettant d'estimer rapidement la corpulence d'une personne.

Selon la Haute Autorité de Santé, il est recommandé de rechercher une anorexie mentale chez une personne adulte lorsque son Indice de Masse Corporelle (IMC) est inférieur à 18,5 kg/m². (5).

En fonction de ce dernier, l'état de dénutrition du patient est classé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (5)

IMC	Classification
<10	Dénutrition grade V
10 à 12,9	Dénutrition grade IV
13 à 14,9	Dénutrition grade III
15 à 16,9	Dénutrition grade II
17 à 18,4	Dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal

Tableau 1 : Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans

Source : (5)

Différents degrés d'anorexie sont décrits dans la DSM-V. L'anorexie sera dite légère lorsque l'IMC est supérieur ou égale à 17 kg/m², moyenne lorsqu'il est compris entre 16 et 16,99 kg/m², grave lorsque l'IMC se situe entre 15 et 15,99 kg/m² et extrême lorsqu'il est inférieur à 15 kg/m². (6)

Cependant, il est important de noter que l'Indice de Masse Corporelle (IMC) à lui seul ne peut fournir une évaluation complète et précise de la santé d'un individu. Il doit être pris en compte avec d'autres facteurs tels que l'histoire médicale, et l'activité physique pour obtenir une évaluation plus précise.

1.1.1.3. *Épidémiologie*

En France, 450 000 femmes seraient atteintes d'anorexie mentale (6). Selon la HAS, les populations à risque comprennent les adolescentes, les jeunes femmes et les disciplines esthétiques telles que la danse ou le mannequinat. (5) Le pic de prévalence de cette pathologie est visible entre 13-14 ans et 17-18 ans et atteint principalement les adolescentes avec un sexe ratio de 1/10.

De plus, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) rapporte que les personnes atteintes d'anorexie mentale chronique encourent un risque élevé de décès, avec un taux de mortalité estimé à 12%. (6) Ces décès sont généralement attribués aux complications graves résultant de ce trouble, telles que la défaillance cardiaque. En outre, l'anorexie mentale présente le taux le plus élevé de suicide parmi toutes les maladies psychiatriques, en effet 5 à 10% des personnes anorexiques ont déjà effectué une tentative de suicide. (7)

Ces chiffres soulignent la gravité et l'urgence de la prise en charge de cette maladie et la nécessité de mettre en place des mesures préventives et des interventions efficaces pour prévenir les complications potentiellement mortelles et améliorer la santé et le bien-être des patients.

1.1.2. *La boulimie*

1.1.2.1. *Définition*

Boulimie est un terme issu du grec ancien boulimía (« faim de bœuf »), composé de boûs (« bœuf ») et de limós (« faim »).

Selon l'assurance maladie, la boulimie est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par la survenue de crises alimentaires à n'importe quel moment du jour et de la nuit sur une période de plus de 3 mois, au cours desquelles le sujet consomme de manière excessive et compulsive des quantités importantes de nourriture, largement supérieure à ce

que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.

Les comportements alimentaires compulsifs observés chez les individus souffrant de boulimie s'accompagnent d'un profond sentiment de culpabilité. Ce sentiment et la perte de contrôle ressenti pendant les différentes crises conduisent à l'adoption de comportements compensatoires complexes, telles que l'usage abusif de laxatifs, l'induction de vomissements, une pratique physique excessive, et même des périodes de jeûne entre les épisodes de crises alimentaires. (8) Ces mesures, tout en étant hautement destructrices pour la santé physique et mentale, ont pour but de maintenir un indice de masse corporelle correct, ce qui n'entraînent donc pas de surpoids.

A contrario, lors d'hyperphagie boulimique, l'individu boulimique n'utilisent pas ces mesures compensatoires pour palier l'abondance de nourriture consommée. Par conséquent, l'hyperphagie boulimique entraîne un surpoids et accentue la souffrance psychique. Selon l'HAS, l'hyperphagie boulimique concerne 3 à 5% de la population française et est donc plus fréquente que la boulimie. (9) Les deux sexes seraient concernés de manière équivalente avec différentes formes existantes (formes précoces, formes sévères etc).

1.1.2.2. Indice de Masse Corporelle

L'Indice de Masse Corporelle des personnes souffrant de boulimie peut varier considérablement car la boulimie peut se manifester chez des individus de poids normal, en surpoids ou en situation d'obésité. Les individus souffrant de boulimie présentent généralement un IMC normal c'est-à-dire supérieur à 18,5 en raison des comportements compensatoires qu'ils adoptent. (9)

1.1.2.3. Épidémiologie

La boulimie est un TCA apparaissant généralement plus tardivement que l'anorexie mentale. En effet le pic de fréquence se situe vers les 19-20 ans. La boulimie touche environ 1,5% des

11-20 ans et concernerait environ trois jeunes filles pour un garçon. (9) En France 190 000 femmes seraient atteintes de boulimie.

1.2. Présentations des facteurs de risque (facteurs psychologiques, génétiques, sociaux, culturels) et des causes potentielles des TCA

Certains moments marquants de la vie, comme des expériences traumatiques, des pertes familiales ou des abus subis pendant l'enfance, peuvent être à l'origine du développement des troubles du comportement alimentaire. De plus, ces facteurs peuvent également avoir un impact sur la gravité et la persistance de ces troubles. Il convient de souligner que l'environnement familial, ainsi que l'influence de la culture, les conditions socio-économiques et socio-culturelles, exercent une profonde influence sur les choix alimentaires, ce qui peut en retour contribuer au déclenchement de ces troubles.

1.2.1. Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques sont nombreux et sont une des principales causes d'apparition des TCA.

La présence d'émotions négatives et une difficulté à les gérer peuvent jouer un rôle dans les troubles alimentaires. Ainsi un individu en période de stress intense pourra plus facilement se réfugier dans la nourriture et augmenter ainsi le risque d'apparition de TCA, tout comme une personne ayant des traits de personnalité perfectionniste, avec des normes élevées et une autocritique sévère ou bien ayant une faible estime de soi qui aura également tendance à développer ces troubles.

De plus un individu souffrant d'un problème de santé mentale et ayant des traitements médicamenteux tels que les antidépresseurs, sera plus enclin à une bouche sèche, une faible estime de soi et une image corporelle moindre qui au long terme pourront déclencher l'apparition de TCA. (10,11)

1.2.2. Facteurs génétiques

D'un point de vue génétique, les patients atteints de TCA auraient une prédisposition à développer ce trouble, bien que les mécanismes spécifiques ne soient pas encore clairement compris. Cela signifie qu'une prédisposition génétique à un poids élevé par rapport à un poids faible peut constituer un facteur déterminant qui pousse les individus présentant un risque génétique psychiatrique similaire à des troubles alimentaires différents.

Au cours des dernières années, la recherche scientifique s'est de plus en plus intéressée aux bases génétiques de l'anorexie mentale, cherchant à comprendre les mécanismes génétiques sous-jacents qui pourraient prédisposer certaines personnes à développer ces troubles du comportement alimentaire. Les découvertes récentes ont mis en évidence l'existence de marqueurs génétiques spécifiques associés à l'anorexie mentale, ce qui ouvre de nouvelles perspectives dans la compréhension de ces troubles. (12)

Des chercheurs issus de diverses institutions, dont l'Université de Genève, ont entrepris des études approfondies sur le génome de plus de 20 000 individus pour démêler les liens génétiques liés à l'anorexie mentale. Ces analyses ont révélé des similitudes entre les marqueurs génétiques associés à l'anorexie mentale et ceux identifiés dans d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression et les troubles anxieux. Ces découvertes suggèrent que ces différents troubles pourraient partager des bases génétiques communes et des mécanismes biologiques sous-jacents similaires. (12)

Des mutations de certains gènes seraient également impliqués dans l'apparition des troubles du comportement alimentaire.

En effet la leptine, également connue sous le nom d'hormone de satiété, est une hormone anorexigène. La mutation des gènes LEP, LEPR codant pour cette hormone ou leurs récepteurs peuvent conduire à une altération de la satiété et donc potentiellement à une boulimie. (13)

De plus, la mutation du gène GHRL codant pour la ghréline, induit des variations de sécrétion de cette hormone. La ghréline est une hormone orexigène, c'est-à-dire une hormone

susceptible de stimuler ou d'augmenter l'appétit. Des niveaux élevés de sécrétion de cette hormone sont observés chez les patients atteints d'anorexie mentale car l'expression du gène GHRL est différente en cas de mutation. (13)

Les troubles du comportement alimentaire peuvent donc être en partie influencés par une composante génétique, mais il est essentiel de reconnaître que d'autres facteurs environnementaux et psychosociaux jouent un rôle déterminant dans leur développement. Les recherches scientifiques ont mis en évidence une prédisposition génétique à ces troubles, mais il est primordial de ne pas limiter l'analyse à cette seule dimension génétique. En réalité, les TCA résultent d'interactions complexes entre les facteurs génétiques et environnementaux. (13)

1.2.3. Facteurs socio-culturels

La pression socioculturelle présente dans certains pays joue également un rôle dans l'apparition des TCA. Depuis plusieurs années l'accès aux médias, tels que les réseaux sociaux et les magazines, est facilité et omniprésent.

Ainsi au quotidien des normes de beauté idéalisées sont visibles et peuvent exercer une pression sur une partie de la population afin qu'ils atteignent une certaine forme corporelle, ce qui peut contribuer à l'apparition de troubles alimentaires.

Le foyer familial est aussi un des facteurs de risque des troubles du comportement alimentaire. En effet un foyer avec un contexte difficile comme des problèmes familiaux divers ou des comportements type maltraitance et négligence sont un ensemble d'éléments qui aggrave l'apparition des TCA.

Les facteurs culturels sont également à l'origine de l'apparition de nombreux troubles du comportement alimentaire. En effet, dans certaines cultures comme par exemple la culture asiatique, la minceur est valorisée et peut entraîner la promotion de régimes restrictifs ou de comportements alimentaires perturbés. Au contraire dans certains pays d'Afrique les normes de beauté sont différentes et les femmes étant en surpoids sont considérées les plus belles

car leurs corpulences sont associées à une forme de richesse, de bonne santé et de fécondité. Ainsi les femmes changent leurs habitudes alimentaires et des gavages sont réalisés afin de correspondre aux normes de beauté locales. La culture a donc une influence sur les croyances et les habitudes alimentaires, ce qui peut contribuer au développement des troubles alimentaires.

Il est important de reconnaître que chaque individu est unique et que les troubles du comportement alimentaire résultent souvent d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs. Les personnes susceptibles de développer ces troubles peuvent présenter différentes combinaisons de facteurs de risque, et il est essentiel d'adopter une approche globale pour comprendre et traiter ces troubles.

1.3. Conséquences sociales et psychologiques des TCA

Les TCA sont étroitement liés à des problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, les troubles de l'humeur et les troubles de l'estime de soi. Les individus atteints de TCA peuvent éprouver une détresse émotionnelle significative, des pensées suicidaires et des comportements d'automutilation, nécessitant une prise en charge psychologique et psychiatrique spécialisée. Les TCA peuvent avoir des répercussions sociales importantes, entraînant une altération des relations sociales, une diminution de la qualité de vie, une perte de productivité et une isolation sociale. Les individus atteints de TCA peuvent avoir du mal à maintenir des interactions sociales normales en raison de leurs comportements alimentaires perturbés, de leurs obsessions corporelles et de leur faible estime de soi.

2. Évaluation des effets des troubles du comportement alimentaire sur la santé bucco-dentaire

2.1. Identification des pathologies bucco-dentaire associées aux troubles du comportement alimentaire

2.1.1. L'érosion dentaire

Les TCA ont un impact significatif sur la santé bucco-dentaire, entraînant ainsi de nombreuses pathologies et caractéristiques bucco-dentaires.

Les premières observations concernant l'association entre les troubles de l'alimentation et les problèmes de santé bucco-dentaire remontent à la fin des années 1970. (14)

L'un des aspects les plus remarquables de ces troubles est le lien étroit avec l'érosion, qui est une pathologie dentaire répandue, provoquée par une action chimique non bactérienne, irréversible et potentiellement dévastatrice si elle n'est pas prise en charge précocement.

(11, 14, 15)

Les vomissements provoqués associés aux troubles du comportement alimentaire exposent les dents à l'acide gastrique. Cette acidité fréquente en bouche entraîne une érosion de l'émail dentaire. Cette érosion rend les dents plus sensibles, plus fragiles et augmente également le risque d'apparition de lésions carieuses.

Plus d'un tiers (35% à 38%) des patients atteints de troubles alimentaires présentent des signes d'érosion dentaire. Les patients qui pratiquent des vomissements auto-induits sont particulièrement vulnérables, avec une prévalence plus élevée d'usure dentaire, notamment au niveau des surfaces palatines maxillaires. Ces érosions palatines sont qualifiées de « périmyolyses ». (11)

L'usure dentaire érosive est l'un des signes les plus visibles des troubles de l'alimentation de type purgatif. Ce processus chimico-mécanique entraîne une perte progressive de la structure

dentaire sans l'intervention de bactéries et se caractérise par une altération de la surface et de la forme naturelles des dents. Les troubles alimentaires associés aux vomissements sont l'une des principales causes d'érosion intrinsèque, aux côtés du reflux gastro-œsophagien, de l'abus d'alcool et de la grossesse. Chez les personnes atteintes de troubles alimentaires, les lésions érosives débutent généralement au niveau du cingulum des dents antérieures et se propagent progressivement sur toute la surface interne de la dent (palatine ou linguale).

L'ampleur des lésions érosives s'aggrave avec la fréquence et la durée des épisodes de vomissements. De plus, l'abrasion, provoquée par un brossage dentaire excessif et/ou l'utilisation de dentifrices abrasifs, est souvent observée conjointement aux vomissements. Le reflux acide a également été associé au bruxisme du sommeil, ce qui peut contribuer à l'usure des dents chez les patients atteints de troubles alimentaires. (1)

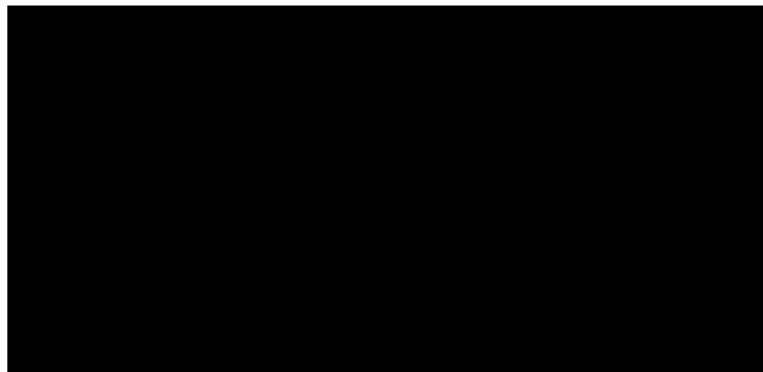


Figure 1 : Érosion des faces palatines du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade initial.

Source : (16)

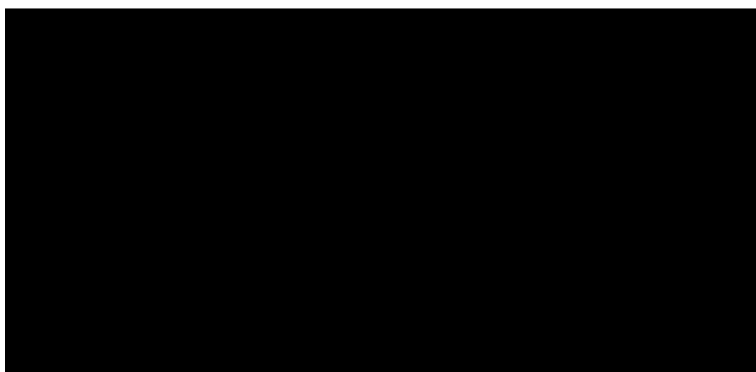


Figure 2 : Érosion des faces palatines du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade avancé.

Source : (16)

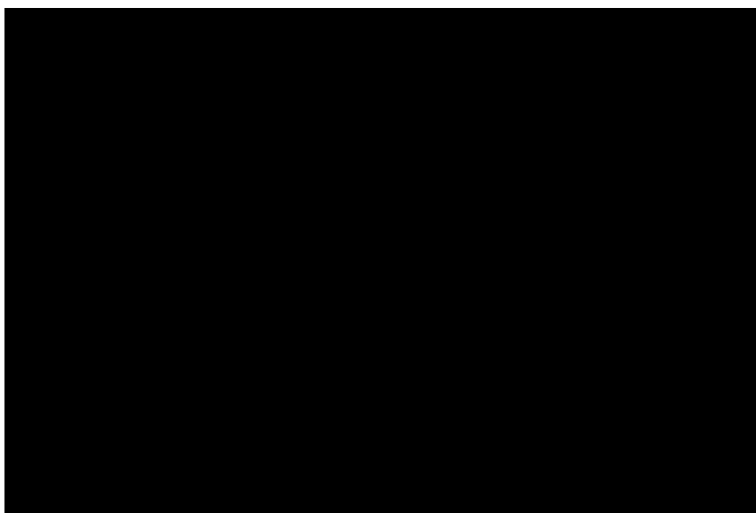


Figure 3 : Érosion des faces occlusales du secteur postérieur mandibulaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade avancé.

Source : (17)



Figure 4 : Atteintes érosives du secteur antérieur mandibulaire

Source : (17)

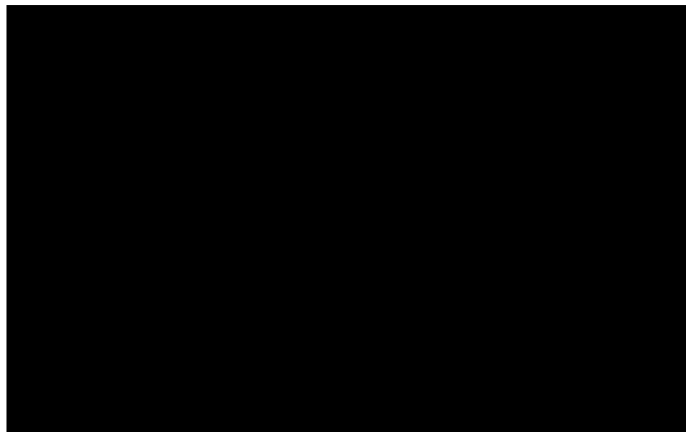


Figure 5: Atteinte érosive des pointes cuspidiennes causée par des vomissements répétés

Source : (16)

En plus des vomissements provoqués, la consommation en quantité importante de boissons sucrées ou d'aliments acides tels que le jus de citron a un effet néfaste sur la surface des dents, les dommages sont visibles principalement sur la face externe (vestibulaire) contrairement aux vomissements. (18)

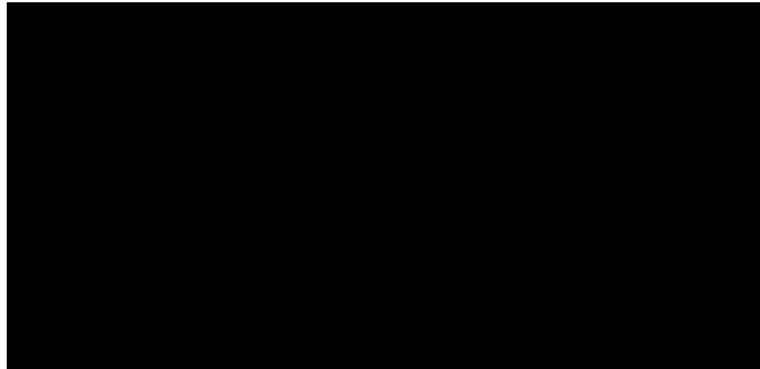


Figure 6: Érosion des faces vestibulaires des incisives maxillaires provoquées par des boissons acides, associé à un bruxisme

Source : (16)

2.1.2. Lésions carieuses

L'ingestion fréquente d'aliments acides ou sucrés contribue à la formation de lésions carieuses car elles exposent les dents à des substances cariogènes et nuisent ainsi à l'équilibre acido-basique de la cavité buccale.

Les lésions carieuses surviennent lorsque les bactéries cariogènes présentes dans la plaque dentaire, essentiellement constituée de *Streptococcus*, *Actinomyces*, *Lactobacillus*, produisent localement des acides organiques en présence de sucres fermentescibles ingérés par l'individu. Ces acides entraînent alors une déminéralisation de l'émail dentaire lorsque le pH buccal descend en dessous de 5,5, et une déminéralisation de la dentine lorsque le pH atteint un niveau inférieur à 6,5. (11,19)

Au long terme, l'émail disparaît entièrement et la hauteur de la couronne clinique diminue. Les dents se creusent, se fragilisent et peuvent alors se fracturer, voir tomber. (18)

Les comportements restrictifs, tels que la réduction de l'apport alimentaire engendre un état de dénutrition. Cette dénutrition est présente chez la plupart des patients atteints de TCA et aggrave les répercussions dentaires notamment par une diminution de la production du flux salivaire. Cette sécheresse buccale, également appelée xérostomie, accentue l'effet des

acides car la salive ne peut plus exercer son pouvoir tampon. La sensation d'inconfort et la difficulté à manger vont inciter le patient à consommer de nouveau des boissons sucrées, qui vont de nouveau accélérer l'érosion dentaire initialement présent, mais également augmenter le risque d'apparition de lésions carieuses.

Cependant la carie dentaire a généralement une étiologie multifactorielle; par conséquent, son apparition ne peut pas être exclusivement attribuée aux TCA. (11)

2.1.3. Troubles parodontaux

Les troubles alimentaires peuvent entraîner des altérations de la santé parodontale, en effet les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire peuvent présenter une hygiène bucco-dentaire insuffisante, ce qui peut conduire à une inflammation des gencives et éventuellement favoriser le développement de la parodontite. Cependant, la comparaison des valeurs des différents indices gingivaux entre les patients atteints de TCA et les sujets sains diffèrent d'une étude à l'autre, et ne fait pas consensus sur le lien entre atteinte parodontale et trouble du comportement alimentaire.

Toutefois d'après une étude menée par Hurst, parmi tous les troubles du comportement alimentaire l'anorexie serait le trouble ayant le taux d'inflammation gingivale le plus élevé.

(20)

La présence de trouble du comportement alimentaire n'est pas directement associée à la maladie parodontale en tant que-t-elle, ce sont les comportements liés à ce trouble qui induisent des modifications parodontales contrairement aux carences. Par exemple une mauvaise alimentation, les vomissements fréquents ou les comportements alimentaires désordonnés peuvent entraîner une accumulation de plaque dentaire sur les dents , ce qui peut conduire à des gingivites. De plus, un brossage inadapté sur un patient avec un biotype gingival fin et des attaques acides constantes peuvent amener à des problèmes muco-gingivaux tels que des récessions gingivales. (11,21)

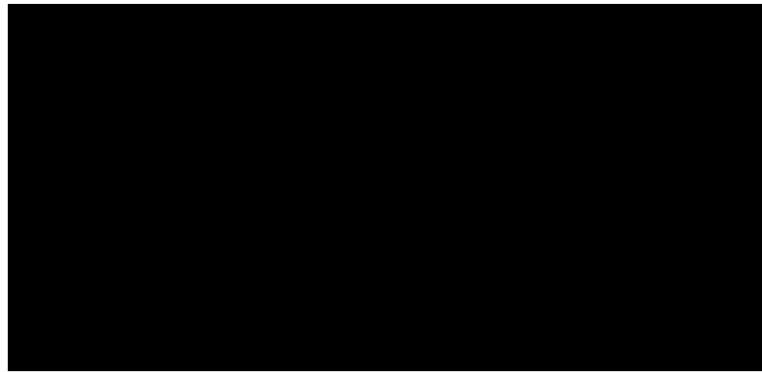


Figure 7: Récessions gingivales chez une patiente atteinte d'anorexie boulimie

Source : (16)

Les TCA peuvent également affecter la santé des gencives et des muqueuses buccales en raison de la déshydratation des tissus mous causée par la diminution de la production de salive et les carences nutritionnelles résultant des troubles alimentaires. En outre, les déséquilibres nutritionnels peuvent entraîner des problèmes hématologiques tels que l'anémie, la thrombocytopénie, la leucopénie, la neutropénie, etc., qui peuvent contribuer au développement de la parodontite.

Les résultats des études n'ont montré aucune différence significative dans l'apparition de poches parodontales de plus de 3 mm entre la population souffrant de trouble du comportement alimentaire et la population générale. Cependant, il est possible de supposer que les personnes atteintes de troubles alimentaires présentent un risque plus élevé de récession gingivale due à un brossage traumatique, mais pas de parodontite en comparaison à la population générale. (1)

2.1.4. Hypersensibilité dentinaire

Les diverses lésions d'usure mentionnées précédemment entraînent une exposition des surfaces dentinaires au niveau de la couronne et de la racine des dents, ce qui provoque des phénomènes d'hypersensibilité.

Ces hypersensibilités se définissent par des sensibilités lorsque les dents sont exposées à certains aliments notamment par les différents stimuli engendrés tels que les stimuli chimiques (acidités des boissons, consommation d'agrumes) et thermiques (froid ou chaud).

2.1.5. Problèmes articulaires

Les troubles de l'alimentation peuvent être associés à des problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) en raison de certains comportements alimentaires et des conséquences sur la santé bucco-dentaire.

Certaines personnes atteintes de TCA peuvent présenter des habitudes parafunctionnelles, telles que le grincement ou le serrement des dents, qui peuvent exercer une pression excessive sur l'ATM et les muscles de la mâchoire. Ces habitudes peuvent entraîner des douleurs et des dysfonctionnements de l'ATM, tels que des craquements, des douleurs faciales, des maux de tête, etc.

De plus l'usure des surfaces occlusales des dents peut à long terme entraîner une perte de stabilité des contacts interarcades et une réduction de la dimension verticale, ce qui peut conduire ou contribuer à des problèmes temporo-mandibulaires. (22)

Les vomissements provoqués peuvent entraîner des tensions musculaires, des problèmes d'occlusion et des dysfonctionnements de l'ATM. Ces effets peuvent se manifester par des douleurs à la mâchoire, des difficultés à ouvrir ou fermer la bouche, des bruits articulaires anormaux et des maux de tête fréquents.

Des études cas-témoins ont mis en évidence que les individus souffrant de troubles de l'alimentation, en particulier ceux qui manifestent des comportements de vomissement et/ou de pulsion alimentaire, présentent une sensibilité musculaire accrue et des niveaux de douleur craniofaciale plus élevés par rapport aux individus sans TCA. Près de 60% des personnes atteintes de troubles de l'alimentation ont signalé avoir éprouvé une forme de douleur faciale, que ce soit actuellement ou dans le passé récent. (23, 24)

2.1.6. Lésions de la muqueuse

Les lésions ulcéreuses de la muqueuse buccale représentent un problème fréquemment observé chez les personnes souffrant de troubles de l'alimentation, en particulier chez celles qui présentent des comportements de vomissements auto-induits. Ces lésions peuvent être douloureuses et augmenter le risque d'infection buccale. Les ulcérations peuvent survenir en raison de l'acidité gastrique qui entre en contact avec la muqueuse buccale lors des épisodes de vomissement forcé, provoquant une irritation et des lésions dans la cavité buccale. (25)

Lors de l'examen clinique d'un patient à risque de troubles alimentaires, le dentiste doit accorder une attention particulière à la recherche de ces ulcérations palatines induites par le doigt ou la brosse à dents utilisés pendant les épisodes de vomissements. Ces ulcérations peuvent apparaître dans différentes zones de la bouche, notamment sur le palais, les joues, la langue et les gencives. Elles peuvent varier en taille et en intensité selon la fréquence et la sévérité des vomissements. (1)

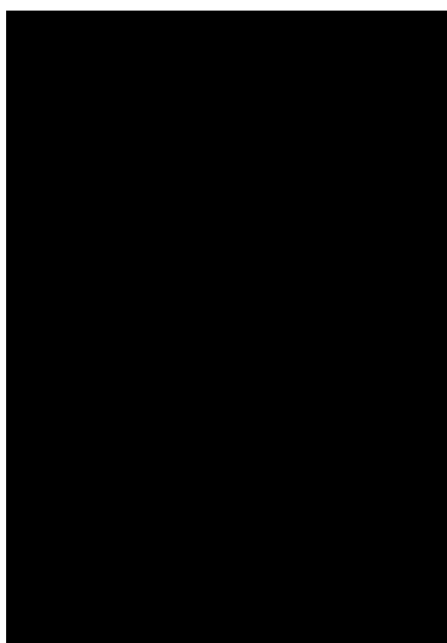


Figure 8 : Ulcération de la muqueuse buccale du palais mou induite par le doigt du patient pour provoquer des vomissements

Source : (1)

De plus des lésions telles que les sialométaplasies nécrosantes peuvent être observées chez les patients atteints de TCA. La sialométaplasie nécrosante est considérée comme une présentation aiguë des troubles du comportement alimentaire, notamment dans la boulimie. Il s'agit d'une pathologie nécrosante inflammatoire rare qui se caractérise par une ulcération de la muqueuse buccale. Ces lésions résultent d'une nécrose ischémique des lobules des glandes salivaires mineures. La sialométaplasie nécrosante est souvent accompagnée de douleur et d'inflammation. Cette lésion peut être causée par divers facteurs, comme des traumatismes locaux, la consommation de tabac et d'alcool, mais est principalement présente dans les cas de boulimie les plus extrêmes.

La sialométaplasie nécrosante est généralement autolimitée, ce qui signifie qu'elle guérit d'elle-même avec le temps.(11)



Figure 9 : Sialométaplasie nécrosante dans la boulimie mentale

Source : (11)

Une alimentation déséquilibrée, ainsi que des habitudes traumatiques, une hyposalivation et une mauvaise hygiène bucco-dentaire, peuvent alors entraîner des conséquences néfastes sur la santé de la muqueuse buccale et des tissus parodontaux. Les personnes souffrant de

troubles du comportement alimentaire présentent une prévalence plus élevée de symptômes bucco-dentaires spécifiques, qui peuvent être révélateurs de leur état de santé globale.

Parmi ces symptômes bucco-dentaires associés aux TCA, on retrouve des lèvres sèches et gercées, résultant de la déshydratation causée par des épisodes fréquents de vomissements ou de restriction alimentaire. (25)

La chéilite exfoliative et une desquamation sont des manifestations fréquentes chez les personnes atteintes de troubles alimentaires, en particulier celles présentant des comportements de vomissements ou de frénésie alimentaire. Ces symptômes sont liés à l'acidité gastrique qui entre en contact avec la muqueuse buccale lors des épisodes de vomissements forcés, provoquant ainsi une irritation et des lésions cutanées.

La décoloration des tissus palatins, souvent observée sous la forme d'un palais jaune orangé, est un signe clinique supplémentaire qui peut être associé aux TCA. Cette coloration est généralement causée par l'ingestion excessive de certains aliments ou boissons acides, qui peuvent altérer la couleur des tissus buccaux. (1)

Chez les patients qui présentent des comportements de boulimie et des vomissements provoqués, on observe plus fréquemment des lésions érythémateuses de la muqueuse buccale. Ces lésions peuvent être causées par les acides gastriques qui irritent la muqueuse lors des épisodes de vomissements. De plus, le voile du palais peut également être blessé par des objets utilisés pour provoquer les vomissements, entraînant des traumatismes supplémentaires dans la cavité buccale (21, 25)

2.1.7. Altération de la densité osseuse

Chez les patients atteints d'anorexie mentale, on observe fréquemment l'installation d'une ostéopénie ou d'une ostéoporose, touchant environ 50% des malades. Ces deux conditions se caractérisent par une diminution de la densité osseuse due à un dérèglement de l'activité ostéoblastique et ostéoclastique : Les troubles du comportement alimentaire, tels que les

TCA, peuvent provoquer une perturbation de leur activité cellulaire, le turn-over osseux est donc altéré. (26)

En raison de ces complications générales, l'ostéopénie et l'ostéoporose peuvent accélérer la lyse osseuse parodontale lors d'infections bactériennes liées aux parodontopathies. (6) De plus, elles augmentent le risque de fractures au niveau de la mandibule et du maxillaire. Ces conséquences métaboliques et osseuses des troubles du comportement alimentaire peuvent engendrer des problèmes de santé bucco-dentaire sérieux et complexes. (21, 27)

2.1.8. Troubles des glandes salivaires

Après de multiples épisodes émétiques, il a été observé chez les patients boulimiques l'apparition d'une neuropathie autonome périphérique. Cette dernière est responsable d'une altération métabolique et sécrétoire des protéines acineuses.

Ces protéines vont alors produire des cellules acineuses plus nombreuses et plus grandes, se traduisant ainsi par une hypertrophie bilatérale de la glande parotide. Toutefois la pathogenèse exacte de ce phénomène n'a pas totalement été déterminée, en effet le phénomène est encore peu compris. (28)

L'incidence d'une hypertrophie de la glande parotide a été rapportée chez 10 à 68% des personnes atteintes de boulimie mentale et est directement corrélée au nombre d'épisodes de vomissements volontaires dans une journée. La tuméfaction est présente en regard de la glande parotide. Les glandes salivaires sous-maxillaire et sublinguale sont quant à elles rarement atteintes. (29)

Ces hypertrophies non inflammatoires et bilatérales sont appelées sialadénoses et sont fréquentes dans la boulimie mentale de par les vomissements provoqués. Les tuméfactions sont douloureuses à la palpation, sont de consistance molles et non adhérentes aux plans profonds. (30)

D'un point de vue microscopique, plusieurs particularités anatomiques sont observables notamment une augmentation de la taille des acini, et une diminution de la graisse interstitielle. (28, 31) Cependant la composition salivaire reste inchangée, en effet les taux

sériques d'enzyme de conversion de l'angiotensine, d'électrolytes salivaires et les taux d'immunoglobulines sont similaires aux normes. (11,29)



Figure 10 : Patiente boulimique présentant un gonflement parotidien bilatéral, vue de face et de profil

Source : (29)

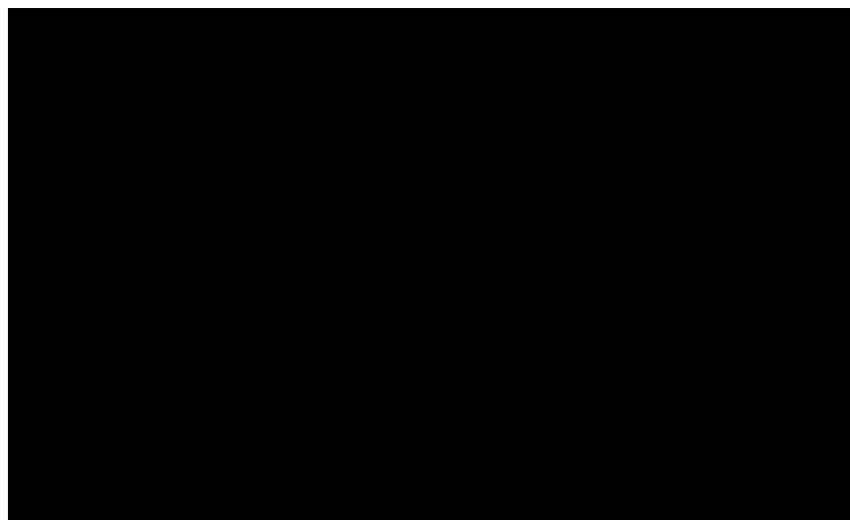


Figure 11 : Tomodensitométrie avec reconstructions 3D d'une hypertrophie parotidienne bilatérale

Source : (29)

Toutefois les patients atteints de boulimie mentale restent généralement discrets quant à leur comportement compensatoire, le diagnostic étiologique est alors souvent compliqué à poser. (30)

La tuméfaction parotidienne bilatérale est donc souvent la première manifestation visible de la boulimie. (29)

De plus les patients souffrant de TCA présentent une diminution du débit salivaire entraînant une sécheresse buccale.

La xérostomie fait référence à la perception subjective de la sécheresse buccale.

Cette diminution du débit salivaire peut résulter de plusieurs facteurs, notamment des comportements alimentaires restrictifs, des périodes de jeûne, des vomissements provoqués, une hydratation inadéquate et des carences nutritionnelles. La sécheresse buccale peut entraîner divers problèmes de santé bucco-dentaire, tels que des lésions carieuses, une irritation des muqueuses, des infections buccales (candidose), une agueusie et une halitose.

De plus le débit salivaire peut également être réduit par certains psychotropes tels que les antidépresseurs qui sont dans certains cas prescrits chez les patients souffrants de TCA. (11, 32)

2.2. Carences nutritionnelles associées aux troubles du comportement alimentaire

Les patients atteints de TCA , de par leur nutrition et comportement compensatoire, présentent un déficit en nutriment essentiel et sont donc plus sujets d'avoir des carences alimentaires.

2.2.1. Présentation des carences nutritionnelles les plus courantes chez les patients atteints de TCA, notamment les carences en vitamines, minéraux et oligo-éléments.

Le terme de carence nutritionnelle est employé lorsque que l'organisme ne reçoit pas les nutriments (protéines, glucides, lipides) et les macronutriments (sels minéraux et vitamines) qui sont nécessaires à son bon fonctionnement. On parle de carence légère lorsque les apports nutritionnelles sont couverts à 70-100%, de carence modérée lorsque les apports sont inférieurs à 70% des besoins, et de carence sévère lorsque les apports sont inférieurs à 50% des besoins de l'organisme.

Les patients de sexe féminin sont plus sujets à des carences nutritionnelles comparés aux patients de sexe masculin car les femmes ont plus tendance à effectuer différents régimes et donc de varier leur alimentation, ce qui peut entraîner un déficit de nutriments et de macronutriments.

Un affaiblissement de l'organisme est observé chez les patients carencés, tout comme une fatigue générale et une résistance moindre aux différentes infections.

Les carences peuvent avoir différentes étiologies :

- L'individu peut changer son alimentation et donc manquer de certains nutriments car sa consommation alimentaire n'est pas adaptée aux besoins de l'organisme.
- Des diarrhées chroniques ou une opération de type By pass peuvent entrainer une malabsorption. Les nutriments ingérés ne sont pas absorbés correctement par l'organisme.
- Un déficit enzymatique au niveau de l'estomac.

2.2.1.1. Vitamine C et scorbut

La vitamine C, également appelée acide ascorbique de formule chimique $C_6H_8O_6$, est une substance organique hydrosoluble jouant un rôle crucial dans la santé parodontale en agissant comme un réducteur naturel c'est-à-dire comme un puissant antioxydant sous sa forme réduite en éliminant les espèces réactives de l'oxygène (ROS) en excès.

De plus, elle contribue à prévenir et à ralentir la progression de la maladie parodontale en favorisant la différenciation des cellules progénitrices du ligament parodontal. Ainsi, la vitamine C est considérée comme un nutriment essentiel pour maintenir la santé des tissus parodontaux. Elle agit également comme un cofacteur enzymatique dans les cellules, contribuant à de nombreuses réactions métaboliques. (33)

Cette molécule n'est pas synthétisée naturellement par notre corps, il faut donc qu'elle soit apportée à l'organisme via notre alimentation (essentiellement présent dans les fruits et légumes) afin d'être absorbée par voie intestinale et ainsi jouer son rôle contre le stress oxydant.

D'après la Haute Autorité de Santé, une carence prolongée et sévère de l'organisme en vitamine C entraîne l'apparition d'une pathologie appelée scorbut. Le scorbut est donc une conséquence d'une consommation insuffisante en vitamine C ou d'une mauvaise absorption de ce nutriment dans l'intestin grêle, qui se traduit chez l'être humain, dans sa forme grave, par une mobilité voire un déchaussement des dents, une dégénérescence des fibres de collagène de la gencive, des hémorragies gingivales, une ostéoporose de l'os alvéolaire, des œdèmes, et une perte de l'intégrité du ligament parodontal. (25)

Selon l'ANSES, l'apport journalier conseillé de vitamine D est de 110 mg. De plus, le taux normal d'acide ascorbique dans le sang est de 5 à 15 mg/l. Un scorbut est diagnostiqué lorsque l'ascorbémie est inférieure à 2 mg/l.

Le scorbut était traditionnellement associé aux marins du XVe siècle qui portaient de longs mois en expédition sans consommer de produits frais riches en vitamine, mais de nos jours peu de patients sont atteints de cette pathologie, cependant quelques cas rares sont tout de même à relever principalement dans les régions sous-développées. Par exemple certaines

régions très sous-développées au nord de l'Inde présentent une incidence pouvant atteindre 73,9%. Dans des pays développés comme la France les quelques cas observables concernent les personnes précaires, âgés ou les toxicomanes. (34,35,36)

2.2.1.2. Vitamine B9

L'acide folique, plus connu sous le nom de vitamine B9, est une vitamine indispensable à notre organisme, en effet elle participe au métabolisme des acides aminés, à la production de globules rouges et est essentielle pour le renouvellement cellulaire.

L'acide folique joue également un rôle au sein du système nerveux en prévenant le déclin cognitif, et l'apparition des maladies neurologiques chroniques telles que la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer.

La consommation de légumineuses permet un apport régulier de vitamine B et un déficit en cette vitamine peut se traduire par des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire, et une humeur dépressive.

2.2.1.3. Vitamine D

La vitamine D est une hormone liposoluble essentiellement synthétisée par l'organisme lors de l'exposition au soleil, cependant elle peut également être obtenue par le biais d'une alimentation riche en cette vitamine, notamment les poissons gras et certains champignons. Dans l'alimentation la vitamine D se présente sous deux formes : la vitamine D3 cholécalciférol (d'origine animale) et la vitamine D2 ergocalciférol (produite par les végétaux) (37,38)

Selon l'Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire Nationale (Anses), la vitamine D contribue à la bonne qualité du tissu osseux et musculaire. De plus, elle jouerait un rôle essentiel dans le renforcement du système immunitaire.

La vitamine D favorise la synthèse des ostéoblastes et stimule l'activité de la phosphatase alcaline, contribuant ainsi à la formation osseuse. Elle joue également un rôle important dans le remodelage osseux en régulant les protéines de la matrice osseuse et en maintenant la densité minérale osseuse.

Ainsi une carence en vitamine D se traduirait par alors par des douleurs et une fragilité osseuse et donc par conséquent un risque de fractures plus élevé. (38)

Des crampes musculaires et une altération de la capacité de concentration sont également observées.

2.2.1.4. *Calcium*

Le calcium est l'élément chimique de numéro atomique 20 (Ca dans le tableau périodique des éléments) et est le plus abondant des minéraux de l'organisme. Une carence en calcium, également appelée hypocalcémie, est une carence aboutissant à une fragilité osseuse et donc in fine à un risque élevé de fractures et à des atteintes osseuses telles que l'ostéoporose. En effet le calcium intervient dans l'ostéogenèse, la minéralisation et la structure du squelette. Les produits laitiers permettent de couvrir les besoins en calcium de l'organisme et l'absorption de cet élément est favorisée par la vitamine D.

2.2.1.5. *Fer*

La carence en fer est certainement la carence la plus fréquente dans le monde et est une cause fréquente d'anémie, c'est-à-dire une concentration en hémoglobine anormalement basse, inférieure à un certain seuil.

D'après l'organisation mondiale de la santé, ce seuil est statué à 13 g/dL chez les hommes et à 12g/dL chez les femmes.

En effet l'hémoglobine regroupe la majorité du fer présent dans notre organisme et les globules rouges qui permettent la diffusion de l'oxygène dans notre organisme, sont constitués de l'hémoglobine. La quantité de fer présent dans l'organisme est de 4g, dont 70% sont contenus dans l'hémoglobine

Le fer est donc indispensable à la fabrication de l'hémoglobine et son déficit aboutit à une anémie ferriprive. Le diagnostic est alors posé par bilan sanguin via une numération de la formule sanguine (NFS).

L'insuffisance d'apport de fer est principalement dû à un apport alimentaire insuffisant, notamment dans le cas de régime non carnivore.

Les signes cliniques d'une anémie ferriprive sont nombreux, parmi eux : une pâleur cutanéomuqueuse, des cheveux cassants, une asthénie prononcée, des vertiges, une dyspnée etc.

2.2.2. Effets et conséquences des carences nutritionnelles sur la santé bucco-dentaire

2.2.2.1. Répercussions bucco-dentaires suite à une carence en vitamine C

Les carences nutritionnelles ont de nombreuses répercussions sur la santé bucco-dentaire. Comme mentionné précédemment, un déficit en vitamine C se traduit par un scorbut. Les premiers signes évocateurs d'un scorbut peuvent comprendre une asthénie, de la lassitude, des douleurs corporelles, de l'irritabilité et une diminution de l'appétit. (39) À mesure que la carence s'aggrave, des symptômes caractéristiques peuvent se manifester, tels qu'une hypertrophie gingivale, des taches érythémateuses sur la peau, et des ecchymoses multiples. (39)

Les symptômes fréquemment rencontrés apparaissent après 4 à 12 semaines de carence et comprennent des troubles de la coagulation se manifestant principalement par des saignements gingivaux, des épistaxis, des ecchymoses, des expectorations sanglantes, et des hémorragies buccales. (40) Plusieurs atteintes hémorragiques sont remarquables dans le cas d'un scorbut car la carence en vitamine C a un impact négatif sur l'hydroxylation de la proline, ce qui entraîne l'altération de la synthèse de collagène. Cela affaiblit alors les parois des vaisseaux sanguins et entraîne ainsi une hémorragie gingivale. (39,41)

Les lésions hémorragiques, ou saignements des gencives, sont fréquentes chez les personnes atteintes de TCA, en raison de la carence en vitamines et en minéraux essentiels qui affaiblit les tissus parodontaux et augmente leur sensibilité aux inflammations, notamment dans le cas d'un scorbut.

D'autres symptômes sont à relever lors d'une carence sévère en vitamine C, tels que des arthralgies, des myalgies, de l'ostéoporose, une décoloration de la peau, et une mauvaise cicatrisation des plaies ce qui augmente le risque de surinfection. (40)

Des études ont mis en évidence une corrélation intéressante entre la concentration sérique en vitamine C et la haute sensibilité de la protéine C réactive (CRP). La CRP est un marqueur inflammatoire qui peut être utilisé pour évaluer le niveau d'inflammation dans le corps. Les résultats ont montré une relation inverse entre la concentration sérique en vitamine C et la CRP : plus la concentration sérique en vitamine C diminue, plus la CRP augmente. (42)

Cependant, il est important de noter que la relation entre la vitamine C et la CRP est complexe, et d'autres facteurs peuvent également influencer ces taux. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre cette association et déterminer les mécanismes sous-jacents.

Plusieurs facteurs de risque prédisposant ces patients à cette pathologie sont notables, tels que la consommation chronique d'alcool, des mauvaises habitudes alimentaires, un faible statut socio-économique, et l'utilisation à long terme de certains médicaments comme les corticostéroïdes ou les inhibiteurs de la pompe à protons, qui peuvent altérer l'absorption de la vitamine C.

Cette pathologie induit une susceptibilité accrue aux maladies parodontales de par l'absence d'élimination des radicaux libres et donc une accumulation de stress oxydatif. (43)

Une hyperplasie gingivale peut être observable chez un patient atteint de scorbut, elle est caractérisée par une augmentation du volume parodontal, avec des répercussions fonctionnelles et esthétiques. Certains traitements médicamenteux tels que les cyclosporines, les inhibiteurs calciques et la phénytoïne peuvent également être impliqués.

(44)

De plus, les maladies parodontales peuvent être causées par un scorbut et peuvent être classées comme des maladies gingivales non induites par la plaque dans la classification de Chicago. (45)

Le parodonte est alors douloureux et présente une inflammation sévère. Ces problèmes parodontaux sont la plupart du temps associés à une odeur fétide et à une mauvaise hygiène buccale. (39)

L'atteinte parodontale est généralisée et atteint donc plus de 30% de la cavité buccale.

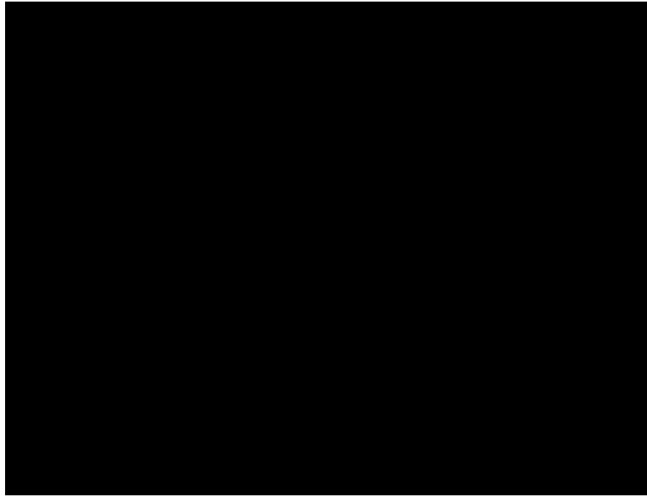


Figure 12 : Patient atteint de parodontite dans un contexte de carence en vitamine C.

Source : (39)

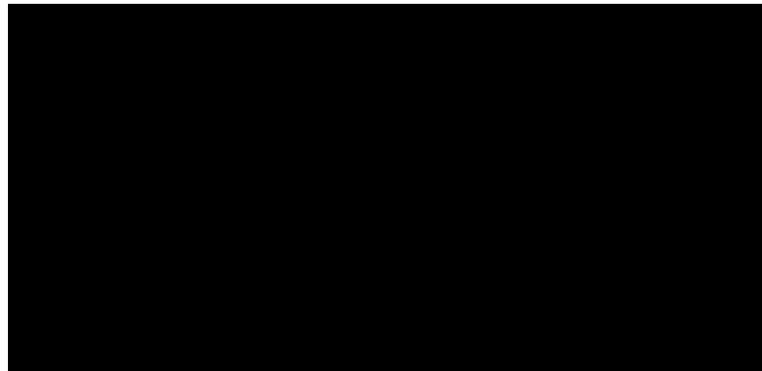


Figure 13 : Patient atteint de parodontite dans un contexte de carence en vitamine, vue du secteur droit avec saignement spontané associé

Source : (39)

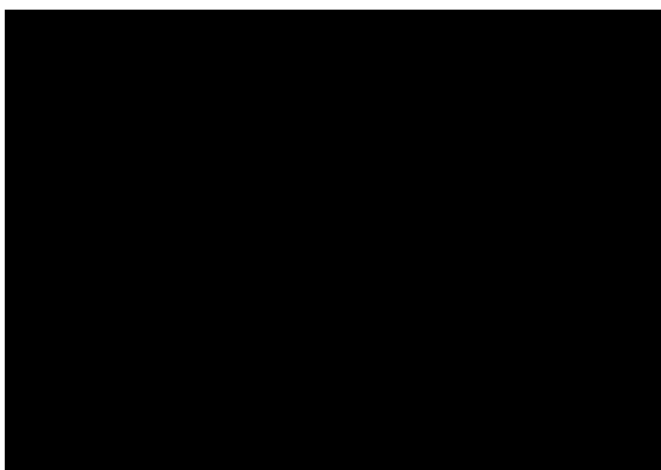


Figure 14 : Vue de face de la cavité buccale d'une patiente atteint de scorbut

Source : (39)

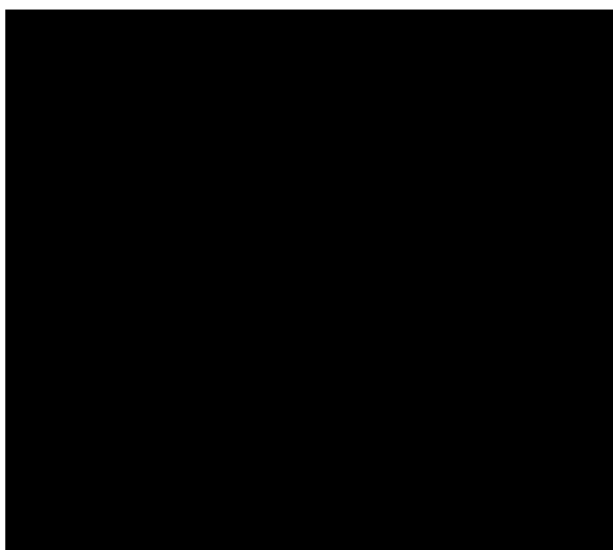


Figure 15 : Ecchymose et pétéchies présentes sur une patiente atteinte de scorbut

Source : (39)

De plus chez l'enfant, un scorbut peut entrainer une mélanodontie infantile (destruction de l'émail de la denture temporaire) et une dysplasie des dents temporaires. (46)

En cas de doute diagnostique face à un patient présentant les caractéristiques mentionnées précédemment, il est conseillé de prescrire un examen sanguin complet. (39)

2.2.2.2. Répercussions bucco-dentaires suite à une carence en vitamine A

La vitamine A joue un rôle crucial dans le maintien d'une santé bucco-dentaire optimale, en plus de ses bienfaits pour la vision. Elle est essentielle au bon fonctionnement des muqueuses buccales, des glandes salivaires et des dents et permet le bon déroulement du remodelage osseux et des fonctions immunitaires. (47)

Des études réalisées sur des animaux ont révélé que la carence en vitamine A peut entraîner diverses anomalies comme des microdonties, une atrophie de la pulpe dentaire, des malformations de l'émail, une augmentation de la fragilité des dents, la dégénérescence des glandes salivaires et un risque accru de caries dentaires. (48)

De plus, la vitamine A a été associée à un effet protecteur contre la fente palatine et serait associé à une diminution osseuse et à une atrophie généralisée.

Bien que la carence en vitamine A soit rare dans les pays développés, elle reste malheureusement courante dans de nombreux pays en développement, en raison d'une pénurie de sources alimentaires riches en cette vitamine. Les populations les plus vulnérables sont souvent les nourrissons et les jeunes enfants, dont les besoins en vitamine A sont essentiels pour une croissance et un développement sain. (49)

2.2.2.3. Répercussions bucco-dentaires suite à une carence en calcium et phosphate

Composée de minéraux de calcium et de phosphore, l'hydroxyapatite est un composant essentiel de l'émail et de la dentine, intervenant dans la minéralisation des structures dentaires, donnant ainsi aux os et aux dents leur résistance.

Un apport insuffisant en calcium lors de la croissance entraînera une ostéopénie, ou une diminution de la densité et de la masse osseuses. Si cette carence est non traitée, une ostéoporose peut se manifester, les os deviennent alors poreux, cassants, sujets aux fractures.

Les dents deviennent alors plus mobiles et les fractures de la mâchoire ou des alvéoles sont plus fréquentes. Selon une étude menée par Nishida M, une carence en calcium entraînerait également une sévérité plus importante de la maladie parodontale mais d'autres études sont nécessaires afin de mieux définir le rôle du calcium dans la maladie parodontale. (50)

De plus une carence en calcium peut entraîner une déminéralisation de l'émail, le rendant ainsi plus vulnérable aux caries et aux traumatismes. Le calcium joue également un rôle crucial dans la contraction musculaire, y compris les muscles impliqués dans la mastication, ce qui peut affecter la fonction masticatoire.

Par ailleurs, un apport insuffisant en calcium pendant la grossesse peut entraîner des déformations osseuses, une calcification dentaire incomplète, une malformation dentaire et une sensibilité accrue aux caries après l'éruption des dents. (49)

Concernant le phosphate, il joue un rôle dans la formation de l'hydroxyapatite, et est le principal minéral présent dans les dents et les os. Une carence en phosphate peut alors entraîner une altération de la structure dentaire en affaiblissant les dents et en les rendant plus susceptibles aux fractures et aux lésions carieuses. Le phosphate est également impliqué dans le métabolisme énergétique cellulaire, ce qui peut influencer la santé globale des tissus buccaux. (49)

2.2.2.4. Répercussions bucco-dentaires suite à une carence en fer

L'anémie ferriprive est une condition qui résulte d'une carence en fer dans l'organisme. Au niveau bucco-dentaire, cette carence peut avoir des conséquences néfastes. Par exemple, elle peut entraîner des changements dans les tissus buccaux, tels que l'atrophie de la muqueuse, ainsi qu'une augmentation du risque d'infections et de développement de maladies parodontales. L'anémie ferriprive peut également affecter la santé des dents en réduisant la formation de l'émail dentaire, ce qui peut rendre les dents plus vulnérables aux caries et à l'érosion. Par conséquent, il est essentiel de détecter et de traiter rapidement une carence en fer pour prévenir ces problèmes bucco-dentaires.

Selon une étude, les enfants présentant une carence en fer ou un antécédent de cette carence ont un risque carieux plus élevé comparativement aux enfants qui n'avaient pas d'antécédents de carence en fer à l'âge de 2 ans ou moins. Hormis les facteurs socio-économiques qui jouent indéniablement un rôle dans l'apparition des lésions carieuses, la carie dentaire peut coexister avec la carence en fer, même dans sa forme la plus bénigne. Les enfants présentant des lésions carieuses graves pendant la petite enfance doivent faire l'objet d'un examen de dépistage pour relever une éventuelle anémie. (51) (52)

De plus, les ulcérations de la muqueuse buccale sont fréquentes chez les individus présentant des carences nutritionnelles importantes. Ces ulcérations peuvent être douloureuses et entraîner une gêne lors de la mastication et de la déglutition. Les carences en vitamines et en minéraux tels que le fer peuvent rendre la muqueuse buccale plus fragile et vulnérable aux lésions.(21) Il n'est également pas surprenant d'observer une atrophie généralisée de la muqueuse lors d'une anémie ferriprive, ce qui peut également provoquer une sensation de brûlure buccale diffuse plus intense sur la langue.

2.2.2.5. Répercussions bucco-dentaires suite à une carence en protéines

Nécessaires à la construction de tous les tissus de l'organisme, les protéines sont un besoin nutritionnel de base pour tout organisme vivant. Les protéines sont constituées d'acides aminés qui sont nécessaires pour l'entretien et la réparation des tissus buccaux ainsi que pour la formation des anticorps nécessaires pour résister aux diverses infections, en effet on observe une baisse des immunoglobulines A qui ont un rôle dans le système immunitaire des muqueuses. En plus d'une faible résistance aux agents pathogènes, la carence en protéines entraîne aussi une mauvaise intégrité structurelle de la dentition lors de sa formation et la cicatrisation retardée des plaies et des lésions des muqueuses telles que des glossites, des stomatites, et des fissures labiales. Des chéilites angulaires sont notamment présentes, il s'agit d'une inflammation unilatérale ou bilatérale des commissures labiales qui se caractérise par des fissures et des rougeurs douloureuses. En cas de blessures ou de lésions dans la bouche, une carence en protéines peut alors entraîner un retard dans le processus de guérison, ce qui peut aggraver les problèmes bucco-dentaires.

Ces différentes caractéristiques sont plus facilement observables chez les individus ayant un régime végétarien avec un apport de protéines végétales suffisant.

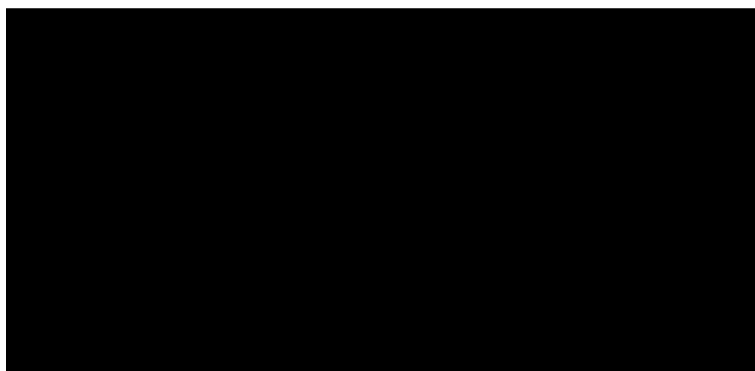


Figure 16 : Chéilite angulaire

Source : (53)

A titre informatif, dans les pays en voie de développement, la maladie de Kwashiorkor est décrite comme un syndrome de malnutrition par carence en protéines affectant principalement les jeunes enfants jusqu'à 3 ans au moment du sevrage, et affectant annuellement des millions d'enfants. (54) En effet le lait maternel est riche en protéines et est nécessaire au bon développement de l'enfant, un sevrage brutal vers une alimentation pauvre en protéines tels que le manioc et le maïs, déclenche alors l'apparition des premiers symptômes de la maladie tels qu'une pâleur, une apathie, un œdème des membres inférieurs, une hépatomégalie, un ballonnement abdominal et des lésions cutanées érythémateuses. Si aucune supplémentation en protéine n'est réalisée, l'évolution de cette pathologie est mortelle. (55)

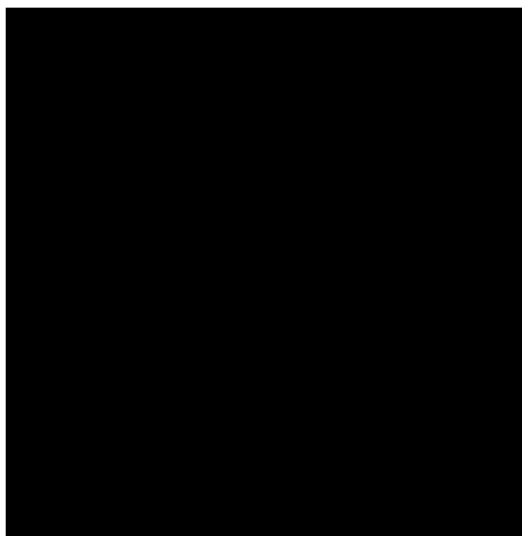


Figure 17 : Patient atteint de la maladie de Kwashiorkor

Source : (56)

2.2.2.6. Répercussions bucco-dentaires suite à une carence en vitamine B

Tout comme une carence en protéine, les carences en B2, B3, B6, B9 et B12 se manifestent également dans la cavité buccale par des pathologies des muqueuses comme la stomatite, la glossite et les ulcères buccaux. (49)

L'anémie de Biermer est une anémie provoquée par une carence en cyanocobalamine, également connue sous le nom de vitamine B12. Cette pathologie est caractérisée par la glossite de Hunter qui est une forme spécifique de glossite caractérisée par une langue érythémateuse, dépapillée, où les papilles filiformes subissent une atrophie, ce qui lui donne un aspect brillant, lisse et d'un rouge vif. Cette inflammation peut entraîner des douleurs et des brûlures, rendant la consommation d'aliments et de boissons inconfortable. Cette lésion peut être aggravée par les comportements de vomissements auto-induits chez les personnes souffrant de troubles de l'alimentation.

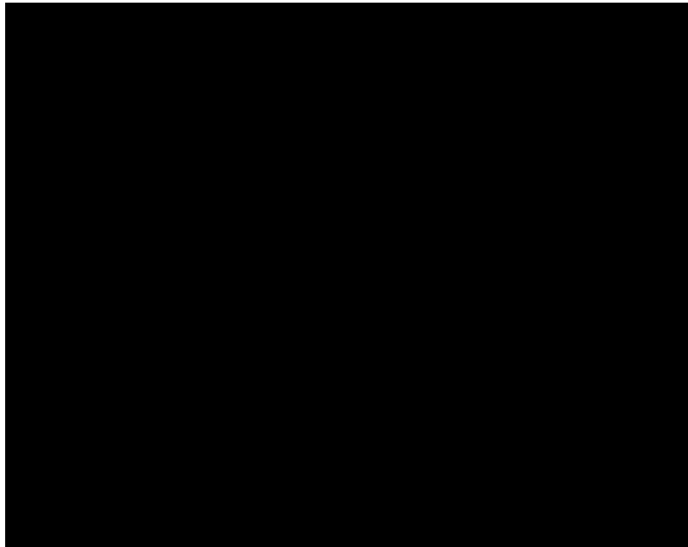


Figure 18 : Glossite de Hunter, caractéristique d'une carence en vitamine B12

Source : (57)

2.2.2.7. Répercussions bucco-dentaires suite à une carence en vitamine D

En cas de déficit en vitamine D, la minéralisation des os et des dents est altérée. Cela se traduit par un organe dentaire hypominéralisé, entraînant un risque accru de fractures et de lésions carieuses. (38,58)

La vitamine D joue un rôle crucial dans l'absorption adéquate du calcium, du phosphore et du magnésium au niveau de l'intestin, permettant ainsi une bonne minéralisation des os et des dents.

En effet une carence en vitamine D sévère (<10 ng/mL) provoque une hypocalcémie et une hypophosphatémie avec une hyperparathyroïdie secondaire. L'hyperparathyroïdie engendrée favorise l'absorption intestinale du calcium et induit une hypophosphatémie. Ainsi les faibles taux de calcium et de phosphate empêchent la bonne minéralisation des dents : par conséquent des défauts de minéralisation se produisent. Le récepteur de la vitamine D, également appelés VDR est un facteur de transcription activé par un ligand qui contrôle l'expression des gènes via les éléments de la vitamine D. La vitamine D régule à la hausse le VDR qui, à son tour, peut induire des éléments structuraux, notamment des protéines liant le calcium et diverses protéines de la matrice extracellulaire (par exemple les amélogénines, les

sialoglycoprotéines dentinaires et les phosphoprotéines dentinaires), entraînant ainsi la minéralisation de la dentine et de l'émail. (38)

Une étude menée par Machado V. met en évidence un lien entre les taux sériques de vitamine D (25(OH)D) et la parodontite chronique. C'est-à-dire que les patients diagnostiqués avec une parodontite chronique présentaient des taux sériques de 25(OH)D inférieurs à ceux des patients parodontaux sains. Ces résultats sont cliniquement pertinents compte tenu du rôle crucial de la vitamine D dans le maintien des os et dans le système immunitaire. (59)

En effet des niveaux insuffisants de vitamine D pendant la formation des dents peuvent entraîner des problèmes tels qu'une éruption dentaire retardée, ainsi que la perte de la lamina dura et du cément, ce qui peut ultimement conduire à une perte de dents. En effet, la vitamine D est essentielle pour le maintien d'une santé bucco-dentaire optimale en favorisant le développement et la minéralisation adéquate des structures dentaires.

De plus tout comme la carence en vitamine A, une insuffisance en vitamine D est associée à une hypoplasie de l'émail et de la dentine, les composants majeurs des dents. (60)

3. Prévention et prise en charge des troubles du comportement alimentaire et de leurs effets sur la cavité buccale

3.1. Discussion sur l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans la prévention de ces troubles et de leurs effets

Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prévention des troubles du comportement alimentaire et de leurs effets est crucial pour assurer la santé bucco-dentaire des patients. En tant que professionnel de la santé dentaire, le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle actif dans la détection précoce, l'éducation et la sensibilisation des patients aux risques associés aux TCA, ainsi que dans la gestion des complications bucco-dentaires qui en découlent.

Tout d'abord, le chirurgien-dentiste a une position privilégiée pour identifier les signes et les symptômes des TCA. Lors des visites régulières, il peut observer des indices tels que l'érosion de l'émail dentaire, des caries multiples, une sensibilité dentaire accrue, des saignements gingivaux ou des lésions de la muqueuse buccale. Ces signes peuvent alerter le professionnel sur la présence possible d'un TCA et l'inciter à interroger le patient pour explorer plus la situation. Les chirurgiens-dentistes peuvent jouer un rôle crucial en étant les premiers à suspecter un trouble de l'alimentation, qui plus est que certains patients sont réticents à consulter un professionnel de la santé mentale. (61)

Ensuite, le chirurgien-dentiste a la responsabilité de prévenir les patients sur l'impact des TCA sur la santé bucco-dentaire. Il peut expliquer les conséquences à long terme d'un comportement alimentaire perturbé, telle que l'érosion dentaire, les caries récurrentes, les problèmes parodontaux et les troubles de la croissance dentaire. En fournissant des informations précises et adaptées à chaque patient, le chirurgien-dentiste peut aider à accroître la prise de conscience et à prévenir les dommages futurs.

Le chirurgien-dentiste peut également atténuer les effets bucco-dentaires des TCA en prodiguant des soins dentaires adaptés lorsque ces troubles sont détectés. Cela peut inclure des traitements tels que l'application de vernis fluoré pour renforcer l'émail, des recommandations sur les produits d'hygiène bucco-dentaire appropriés, ainsi que des conseils sur une alimentation équilibrée et des habitudes d'hygiène buccale optimales.

3.2. Présentation de stratégies de prévention spécifiques

Afin de prévenir les conséquences bucco-dentaires des troubles du comportement alimentaire, plusieurs stratégies de prévention spécifiques peuvent être mises en place.

L'OMS définit la prévention en 1948 comme étant « l'ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». (62)

Cette prévention peut se faire par le chirurgien-dentiste en mettant l'accent sur la promotion d'une alimentation équilibrée, l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, la surveillance régulière et la sensibilisation aux effets buccaux des TCA.

Le rôle du praticien dans la prévention de l'incidence des TCA est limité car l'apparition de ces troubles dépend davantage des mesures sociétales et économiques. Toutefois le praticien peut sensibiliser les patients à ce risque d'apparition.

Tout d'abord, la promotion d'une alimentation équilibrée joue un rôle essentiel dans la prévention des TCA et de leurs conséquences bucco-dentaires. Les chirurgiens-dentistes peuvent encourager leurs patients à adopter une alimentation saine, diversifiée et équilibrée, en mettant l'accent sur l'importance de consommer des aliments riches en nutriments essentiels, tels que les fruits et les légumes. Ils peuvent également fournir des informations sur les effets néfastes des régimes restrictifs ou des comportements alimentaires extrêmes, en soulignant l'importance de maintenir un équilibre nutritionnel pour la santé bucco-dentaire.

Ensuite, l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire est primordiale pour prévenir les problèmes buccaux liés aux TCA. Les chirurgiens-dentistes peuvent enseigner aux patients les techniques de brossage des dents efficaces et l'utilisation appropriée du fil dentaire. Ils peuvent également fournir des conseils sur la fréquence et la durée des brossages, l'utilisation de produits dentaires adaptés et la limitation de la consommation d'aliments et de boissons sucrées. L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire permet d'encourager de bonnes pratiques d'entretien dentaire quotidien, ce qui contribue à prévenir l'apparition des caries, de l'érosion de l'émail et d'autres problèmes bucco-dentaires associés aux TCA.

Éviter les boissons contenant de la caféine aide à réduire la xérostomie, tandis que le chewing-gum sans sucre peut stimuler le flux salivaire. Boire fréquemment de l'eau tout au long de la journée soulage également les symptômes. Enfin, il est important que les patients atteints de troubles alimentaires évitent de se brosser les dents vigoureusement après des vomissements auto-induits, car la surface dentaire ramollie et déminéralisée est plus sensible à l'abrasion.

La surveillance régulière est également importante pour prévenir les conséquences bucco-dentaires des TCA. Les chirurgiens-dentistes peuvent recommander aux patients atteints de TCA des visites régulières pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire, en identifiant rapidement les signes de problèmes tels que l'érosion de l'émail, les caries ou les lésions de la muqueuse buccale. Ainsi, ces visites permettent également de fournir un suivi personnalisé, d'adapter les traitements en fonction des besoins individuels et de prévenir l'aggravation des problèmes bucco-dentaires.

Enfin, la sensibilisation aux conséquences buccales des TCA est cruciale pour prévenir ces troubles et améliorer la santé bucco-dentaire. Les chirurgiens-dentistes peuvent participer à des campagnes de sensibilisation, des conférences ou des événements éducatifs pour informer le public, les patients et les professionnels de la santé sur les effets néfastes des TCA sur la santé bucco-dentaire. En sensibilisant aux risques spécifiques, aux signes précurseurs et aux mesures préventives, ils contribuent à une meilleure compréhension des liens.

3.3. Méthodes d'évaluation et de dépistage des problèmes bucco-dentaires chez les patients présentant des TCA.

Quel que soit le problème de santé, il est universellement reconnu qu'une identification et une intervention précoces sont associées à de meilleurs résultats en matière de santé. Cette règle s'applique également aux individus souffrant de troubles de l'alimentation. Le manque de conseils concernant le lien entre la santé bucco-dentaire et les troubles de l'alimentation signifie que les problèmes de santé ne sont pas abordés tant que leurs impacts ne sont pas graves. (15)

Actuellement 50% de personnes souffrant de TCA ne bénéficient pas d'une prise en charge médicale. L'évaluation et le dépistage des problèmes bucco-dentaires chez les patients présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA) sont alors d'une importance primordiale pour une prise en charge précoce et efficace. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées dans ce contexte.

Lors de la consultation initiale, il est essentiel que le chirurgien-dentiste effectue un interrogatoire approfondi sur l'état de santé du patient, ses habitudes alimentaires, ses méthodes de brossage, d'éventuels symptômes bucco-dentaires. En cas de suspicion de TCA, des questions plus spécifiques peuvent être évoquées telles que « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ? » « Votre poids varie-t-il souvent ? ». (5)

Il est également possible de mettre en évidence un potentiel trouble du comportement alimentaire en utilisant le questionnaire SCOFF (Useful Eating Disorder screening questions) ou son équivalent DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire) qui est un test rapide permettant un premier diagnostic en posant 5 questions fermées.

Ce test doit être réalisé en tête à tête avec le patient, deux réponses positives de sa part indique fortement la présence d'un TCA. (63)

Le questionnaire SCOFF
- Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ? Oui/Non
- Êtes-vous inquieté d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? Oui/Non
- Avez-vous récemment perdu plus de 6,8 kg (15lb) en moins de 3 mois ? Oui/Non
- Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ? Oui/Non
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? Oui/Non

Tableau 2 : Questionnaire SCOFF

Source : (64)

En plus de cet interrogatoire, une évaluation clinique exhaustive est effectuée afin de repérer les manifestations des troubles bucco-dentaires tels que principalement la dégradation de l'émail, les lésions carieuses, les gingivorragies, et les diverses lésions de la muqueuse buccale. Afin d'estimer l'atteinte érosive dentaire, l'utilisation d'une échelle d'évaluation spécifique est vivement recommandée afin de déterminer l'ampleur et le degré de l'érosion de l'émail. Le score de BEWE est utilisé dans ce cadre et permet donc de quantifier de manière précise les dégâts provoqués par l'acidité buccale et de suivre de manière systématique l'évolution de l'érosion dentaire au cours du temps.

Le diagnostic de l'érosion dentaire repose sur l'observation clinique de l'altération de la dent par rapport à sa structure initiale. Différents indices ont été développés pour mesurer l'érosion, en utilisant des approches quantitatives et qualitatives. Les premiers indices étaient principalement utilisés pour évaluer la prévalence de l'usure dentaire, en particulier chez les adultes. Actuellement, l'indice le plus couramment utilisé pour évaluer l'érosion est l'indice BEWE (Basic Erosive Wear Examination). Cet indice se concentre spécifiquement sur la détection de l'érosion elle-même et propose un système de notation qui oriente la prise en charge préventive ou curative. Il utilise une échelle de notation simple basée sur des sextants, similaire à celle utilisée pour les indices de dépistage parodontal, ce qui permet aux chercheurs d'avoir un outil de dépistage fiable et aux cliniciens de suivre la progression de l'érosion. Le BEWE évalue les lésions sur toutes les dents et surfaces dentaires, en utilisant

une échelle de 0 à 3 pour évaluer la sévérité de l'érosion. L'examen est réalisé pour chaque dent d'un sextant, mais seul le score le plus élevé du sextant est retenu pour l'évaluation globale. (65)

Score 0	Absence d'érosion dentaire
Score 1	Perte initiale de tissus de surface (émail)
Score 2	Perte tissulaire visible < 50% : lésion nette
Score 3	Perte tissulaire visible \geq 50%

Tableau 3 : Critères de classement de l'érosion de l'indice BEWE

Source : (65)

Le score de risque est déterminé en additionnant les scores de chaque sextant. (65)

- **Lorsque le score de BEWE est \leq 2** : un suivi avec des rendez-vous réguliers doit être mis en place afin d'observer la potentielle évolution de l'érosion.
- **Lorsque le score de BEWE est compris entre 3 et 8**: Il est essentiel de réaliser une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire du patient ainsi que de son alimentation, et de fournir des conseils (techniques d'hygiène, alimentation etc..). Des rendez-vous de contrôles doivent être effectués tous les deux ans au minimum.
- **Lorsque le score de BEWE est compris entre 9 et 13** : Le professionnel de santé dentaire doit identifier les principaux facteurs responsables de la perte de tissu et élaborer des stratégies pour les éliminer. Il est crucial de procéder à une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire et de l'alimentation de l'individu. Il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures de fluoruration ou d'autres stratégies visant à renforcer la résistance des surfaces dentaires. Dans l'idéal, il convient d'éviter les procédures de restauration invasives et de surveiller l'usure érosive en réalisant des moulages d'étude, des photographies ou des empreintes en silicone tous les 6 mois.

- **Lorsque le score de BEWE est supérieur à 14** : Les principaux facteurs étiologiques doivent être déterminés afin de pouvoir développer différentes stratégies pour les supprimer.

L'hygiène bucco-dentaire doit être évaluée et le régime alimentaire de l'individu doit être contrôlé. L'érosion doit être surveillée à court et long terme de par l'utilisation de moulages, d'empreinte voire de photographie. Des restaurations plus invasives telles que des couronnes doivent être envisagées si l'érosion a atteint un stade sévère.

Le chirurgien-dentiste doit également relever des signes buccaux typiques d'un patient atteint de TCA : notamment des lésions érosives observables sur la surface dentaire palatine/linguale, la présence de polycaries relevant la plupart du temps d'une alimentation déséquilibrée et riche en sucre et une sensibilité thermique notamment au froid. En cas de soupçon de la présence de TCA, le praticien doit adopter une attitude bienveillante et se baser sur les constatations faites en intrabuccal afin d'évoquer les habitudes alimentaires du patient, et ainsi le questionner sur le type d'aliments consommés et leur fréquence. Cet échange doit s'effectuer en tête à tête avec le patient, sans la présence éventuelle d'autres personnels soignants. La relation de confiance doit être présente afin que le patient puisse aborder ses troubles sans jugement, honte et culpabilisation de notre part. (16)

Comme abordé précédemment dans la section 2 dédiée aux effets des troubles du comportement alimentaire sur la santé bucco-dentaire, les TCA peuvent avoir un impact significatif sur les muqueuses buccales. Comme tout examen clinique et afin de prendre en charge efficacement les patients atteints de TCA, la réalisation d'une inspection approfondie de la muqueuse buccale est une étape cruciale. Cette étape permet de détecter d'éventuelles lésions, ulcérations ou autres anomalies qui pourraient être associées à ces troubles.

Lors de cette évaluation, le praticien doit être attentif aux signes cliniques tels que des zones érythémateuses, des lésions ulcéreuses ou des changements de texture de la muqueuse buccale. Ces symptômes peuvent être des indicateurs de complications liées aux TCA, résultant de vomissements auto-induits, de carences nutritionnelles, ou d'irritations causées par des comportements traumatisants comme le brossage excessif.

Il est important de noter que l'évaluation et le dépistage des problèmes bucco-dentaires chez les patients présentant des TCA nécessitent une approche sensible et confidentielle. Il est primordial de créer un environnement de confiance où le patient se sent à l'aise de partager ses préoccupations et de discuter ouvertement de ses habitudes alimentaires et de sa santé bucco-dentaire.

En utilisant ces méthodes d'évaluation et de dépistage, les chirurgiens-dentistes peuvent identifier précocement les problèmes bucco-dentaires chez les patients présentant des TCA, ce qui permet une intervention précoce, une prise en charge appropriée et une meilleure gestion des conséquences bucco-dentaires de ces troubles.

3.4. Présentation des protocoles de prise en charge existants pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire

Les soins dentaires pour les personnes atteintes de TCA dépendent de l'avancée de la détérioration buccale mais également de la stabilisation ou non de la maladie : les troubles ont-ils disparu ? Sont-ils toujours présents ? (18)

Dans un premier temps il est primordial que les traitements que nous entreprenons s'alignent avec le concept de "Minimally Invasive Dentistry" pour préserver au maximum les structures dentaires. Cette approche met l'accent sur la préservation et la conservation des tissus dentaires en évitant autant que possible les procédures invasives. En adoptant ce concept, nous cherchons à traiter les problèmes bucco-dentaires tout en limitant les dommages causés aux dents, ce qui peut être particulièrement crucial pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire. (66,68)

Il est conseillé de prendre en charge les lésions initiales de manière non invasive, même si le TCA est toujours présent.

Pour adapter notre prise en charge en fonction de la gravité de la pathologie et d'assurer un traitement optimal aux patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, il est essentiel de disposer d'un système de classification approprié. À cet égard, la classification de Lasfargues et Colon est un outil précieux utilisé par les praticiens pour évaluer et classifier les patients atteints de TCA en fonction de l'importance et de la complexité de leurs symptômes. La classification de Lasfargues et Colon propose une échelle de sévérité de la perte de substance avec 5 catégories différentes de patient, du moins atteint au plus atteint.

Par exemple pour les patients du groupe 1, c'est-à-dire avec une perte de substance superficielle, les conseils d'ordre hygiéno-diététique doivent être transmis au patient avant tout soin réalisé en intrabuccal. Il est recommandé au patient atteint de TCA de se rincer la bouche avec de l'eau après avoir régurgité. Le prochain brossage doit être effectué 20 minutes après, en effet en attendant environ 20 minutes, la salive permet de neutraliser une partie de l'acidité présente en bouche et de rétablir l'équilibre du pH dans la cavité buccale grâce à ses agents tampons. Se brosser les dents immédiatement après avoir vomi pourrait étaler davantage l'acide sur les dents et potentiellement causer plus de dommages.

Afin de limiter la sécheresse buccale, la consommation de chewing-gums sans sucre ou l'utilisation de bain de bouche alcalin (bicarbonate de NA ou eau de Vichy) peut être préconisée. Un recours à la stimulation mécanique est envisageable en prescrivant des sialogogues tels que de la pilocarpine chlorhydrate (Salagen[®]), qui est un agent cholinomimétique se présentant sous forme de comprimé.

Afin de prendre en charge l'hypersensibilité dentaire découlant de la présence des troubles du comportement alimentaire l'application de topiques à action localisée est vivement préconisée, aussi bien en ambulatoire par l'utilisation de dentifrice contre les sensibilités (Sensodyne[®]) ou bien au cabinet par l'application de vernis fluoré à base de fluorure de sodium (Duraphat[®] ou fluor protect[®]). L'application du vernis peut être renouvelée deux fois par an et permet de prévenir les déminéralisations. (66,67)

Le Duraphat® et le Fluor protect® partagent le même principe actif qui est le fluorure de sodium mais ont un dosage différent. En effet, le Duraphat® est à 22 600 ppm contrairement au Fluor protect® qui en contient 7700 ppm.

Cependant selon l'UFSBD l'utilisation de ce genre de vernis est contre-indiquée lors de gingivite ulcéro-nécrotique et d'asthme bronchique. (69)

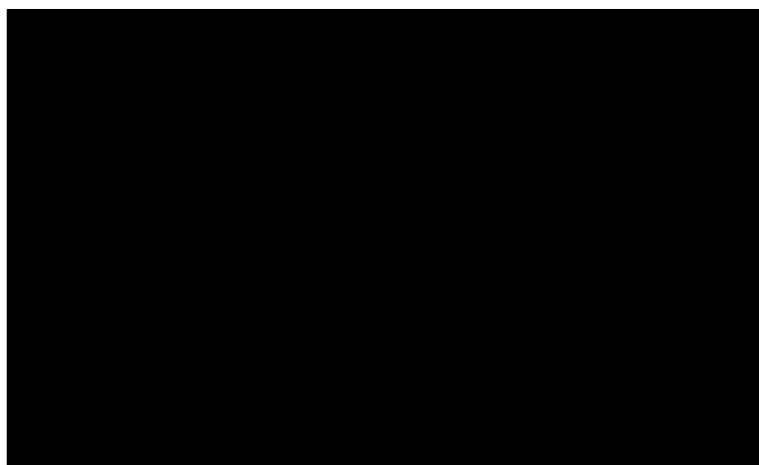


Figure 19 : Vernis fluoré Duraphat®

Source : (70)

En complément des traitements évoqués précédemment, il est important de mettre en place un dispositif de protection physique pour préserver les structures dentaires des effets néfastes de l'acidité buccale. Une approche couramment utilisée consiste à réaliser des gouttières thermoformées de fluoruration, adaptées en fonction de la gravité des atteintes dues à l'acidité en bouche. Ces gouttières permettent de délivrer une solution fluorée sous forme de gel, qui est déposée à l'intérieur des gouttières avant leur mise en place en bouche. Le patient est alors encouragé à porter ces gouttières en cas d'acidité buccale importante, notamment avant les épisodes de vomissements, afin de protéger ses structures dentaires des effets corrosifs de l'acidité. Cette approche préventive vise à renforcer l'émail dentaire et à minimiser les risques d'érosion, contribuant ainsi à préserver la santé bucco-dentaire du patient atteint de troubles du comportement alimentaire. (67)

A noter que l'étiologie des troubles doit être supprimée afin d'arrêter le processus d'érosion. Auquel cas la destruction dentaire associée se poursuivra. Qu'importe le type de restauration effectué, un traitement est un succès si et seulement si la cause initiale de pathologie est supprimée. Auquel cas le succès de la réhabilitation prothétique à long terme peut être compromis.

Pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaire de sévérité intermédiaire, l'utilisation d'onlays peut constituer un compromis judicieux entre les restaurations adhésives directes, telles que les composites, et les restaurations plus invasives, comme les couronnes. Cette approche permet de préserver au maximum la structure dentaire tout en offrant une solution durable et esthétique pour les dents affectées. Les onlays offrent une meilleure résistance et une plus grande stabilité que les restaurations adhésives directes, tout en étant moins invasifs que les couronnes, ce qui en fait une option thérapeutique appropriée pour les patients atteints de TCA.

Pour les patients de la dernière catégorie c'est-à-dire avec une perte de substance sévère et des pertes de rapports articulés éventuellement associé à des algies et/ou dysfonctionnements de l'appareil manducateur (ADAM), les restaurations sont cette fois-ci plus complexes. Des réhabilitations globales sont nécessaires afin de rétablir un schéma occlusal fonctionnel. Pour cela l'utilisation de couronnes ou d'implants est indiquée.

Catégorie du patient	Perte de substance	Possibilités thérapeutiques
Groupe 1	<ul style="list-style-type: none"> - Superficielles - Amélares (couronne) - Dentinaires (racine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils et mesures prophylactiques - Restaurations contre-indiquées
Groupe 2	<ul style="list-style-type: none"> - Modérées et isolées - amélo-dentinaires - Sans trouble fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Restaurations adhésives directes - Recouvrements radiculaires parodontaux
Groupe 3	<ul style="list-style-type: none"> - Prononcées 	<ul style="list-style-type: none"> - Restaurations adhésives unitaires

	<ul style="list-style-type: none"> - intéressant un groupe de dents - sans trouble fonctionnel 	<p>directes et/ou indirectes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aménagement parodontal souvent nécessaire
Groupe 4 (4a et 4b)	<ul style="list-style-type: none"> - Importantes et multiples - Dégradation des rapports d'articulé - Sans ADAM - Sans (4a) ou avec (4b) perte de DVO 	<ul style="list-style-type: none"> - Rétablissement d'un schéma occlusal fonctionnel et équilibré - Restaurations directes et indirectes collées ; prothèse fixée - 4a : sans rehaussement de la DVO - 4b : avec rehaussement de la DVO
Groupe 5 (5a et 5b)	<ul style="list-style-type: none"> - Sévères et généralisées - Perte des rapports d'articulé - Troubles fonctionnels : ADAM - Sans (5a) ou avec (5b) perte de DVO 	<ul style="list-style-type: none"> - Réhabilitation orale globale en deux phases : Phase 1 : reconstruction par restaurations adhésives des deux arcades pour valider la fonction et l'esthétique Phase 2 : reconstruction prothétique implanto et/ou dento- portée - 5a : sans rehaussement de la DV - 5b : avec rehaussement de la DVO

Tableau 4 : Classification de Lasfargues et Colon

Source : (16)

Afin de soulager les tensions exercées au sein de l'articulation temporomandibulaire (ATM) et des muscles masticateurs, la réalisation d'une gouttière de libération occlusale peut être une option de traitement appropriée. En effet, une gouttière de libération occlusale est un dispositif dentaire qui vise à réduire la pression occlusale et à soulager les tensions musculaires dans la région de l'ATM et des muscles masticateurs. Le praticien peut orienter le

patient vers une consultation d'occlusodontie afin de prendre en charge la composante articulaire du trouble.

Cette gouttière est généralement fabriquée sur mesure pour chaque patient en utilisant des matériaux résistants et confortables. Portée pendant la nuit, les muscles masticateurs peuvent se détendre, ce qui peut aider à prévenir les douleurs articulaires.

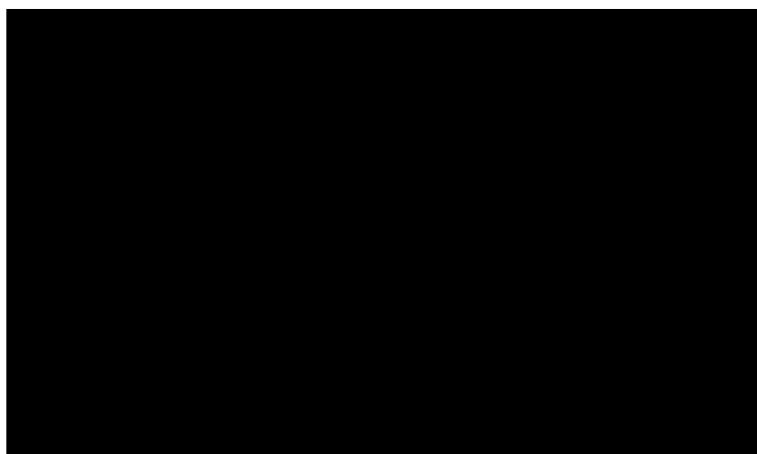


Figure 20 : Gouttière de libération occlusale

Source : (71)

Hormis la restauration de la santé bucco-dentaire du patient, nos traitements jouent un rôle fondamental dans la rémission de ces troubles, en contribuant à restaurer un sourire qui peut être une étape déterminante sur le chemin vers une meilleure estime de soi.

3.5. Stratégies de prise en charge des problèmes bucco-dentaires chez les patients atteints de TCA : collaboration interdisciplinaire entre dentistes, médecins et professionnels de la santé mentale.

Il est essentiel d'établir une collaboration étroite entre les professionnels de la santé mentale et les dentistes afin de surmonter les obstacles psychosociaux et financiers qui limitent l'accès aux soins.

La prise en charge globale et à long terme des troubles de l'alimentation nécessite une approche pluridisciplinaire prenant en compte les aspects nutritionnels, somatiques, psychologiques et familiaux. Cependant, l'articulation des différents intervenants constitue un défi dans la mise en place d'un projet de soins global. Pour assurer une prise en charge complète des symptômes liés aux troubles du comportement alimentaire, il est essentiel d'adopter une approche thérapeutique pluridisciplinaire qui englobe les aspects psychologiques, nutritionnels (pour les personnes dénutries ou en surpoids), somatiques, sociaux et familiaux. (61) Un plan de traitement efficace repose sur la coordination des professionnels de différents domaines au sein d'un programme à long terme adapté à la durée de la maladie. (1)

En tant que chirurgien-dentiste il est essentiel de repérer et d'effectuer un diagnostic précoce des TCA en remarquant différents signes d'alerte tels que par exemple un patient dénutri ou bien de constater les différents critères diagnostiques évoqués précédemment dans la sous-partie 3.3. Ce repérage est fondamental afin d'éviter le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications liés aux troubles.

Une fois ces différents aspects relevés, il est essentiel que le patient soit correctement orienté et soit prise en charge dans des dispositifs adaptés en particulier en termes d'hospitalisation de jour, le tout dans un cadre de pluridisciplinarité.

Le praticien peut donc travailler en étroite collaboration avec d'autres professionnels de santé, tels que les diététiciens, les médecins généralistes et les psychiatres, afin d'offrir une prise en charge globale aux patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Cette collaboration facilite la coordination des soins, la mise en place d'un plan de traitement pluridisciplinaire et assure un suivi adéquat. (72)

Conclusion

L'impact des troubles du comportement alimentaire sur la santé bucco-dentaire est d'une importance cruciale. Les patients souffrant d'anorexie mentale et de boulimie présentent des risques accrus de problèmes bucco-dentaires tels que l'érosion de l'émail, les lésions carieuses, les troubles musculo-articulaires et les lésions de la muqueuse buccale.

La composante génétique des troubles du comportement alimentaire a été étudiée, mais il est également essentiel de tenir compte des facteurs environnementaux et psychosociaux qui influencent ces troubles. La collaboration entre les dentistes, les médecins généralistes, les nutritionnistes et les psychiatres est essentielle pour une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients atteints de TCA.

L'évaluation et le dépistage précoces des problèmes bucco-dentaires chez les patients présentant des TCA sont cruciaux pour une intervention précoce et efficace. Des mesures préventives, telles que l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et l'utilisation de produits spécifiques peuvent aider à prévenir les dommages causés par l'acidité buccale.

Enfin, la sensibilisation à l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une hygiène bucco-dentaire appropriée chez les personnes souffrant de TCA est fondamentale pour maintenir leur santé bucco-dentaire et améliorer leur qualité de vie globale. Il est important d'effectuer une prise en charge pluridisciplinaire et préventive pour préserver la santé bucco-dentaire des patients atteints de troubles du comportement alimentaire et leur offrir une prise en charge globale et optimale.

Liste des abréviations

ANSES	: Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire
ADAM	: Algies et Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur
ATM	: Articulation Temporo-Mandibulaire
BEWE	: Basic Erosive Wear Examination
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CRP	: Protéine C Réactive
DFTCA	: Définition Française des Troubles du Comportement Alimentaire
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HAS	: Haute Autorité de Santé
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INSERM	: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
NFS	: Numération de la Formule Sanguine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ROS	: Reactive Oxygen Species
SCOFF	: Useful Eating Disorder screening questions
TCA	: Trouble du Comportement Alimentaire

Bibliographie

1. Rangé H, Colon P, Godart N, Kapila Y, Bouchard P. Eating disorders through the periodontal lens. *Periodontology* 2000. oct 2021;87(1):17-31.
2. Institut français d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Les troubles des conduites alimentaires dans le DSM V. [Internet]. [cité le 28 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.ifemdr.fr/les-troubles-des-conduites-alimentaires-dans-le-dsm-v/>
3. Tournier A. Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des patients atteints de troubles du comportement alimentaire. [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France] : Université de Strasbourg. Faculté d'odontologie; 2020.
4. Liu H, Burns RT, Spencer BR, Page GP, Mast AE. Demographic, clinical, and biochemical predictors of pica in a large cohort of blood donors. *Transfusion*. juill 2021;61(7):2090-8.
5. HAS (Haute Autorité de Santé). Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. [cité juin 2010]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf
6. American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. [cité 2013]. Disponible sur : <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
7. INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Anorexie mentale : Un trouble essentiellement féminin, à la frontière de médecine somatique et de la psychiatrie [Internet]. [cité juin 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
8. Ameli (Assurance maladie en ligne). Boulimie et hyperphagie boulimique : définition et causes [Internet]. [cité janvier 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes>
9. HAS (Haute Autorité de Santé). Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge [Internet]. [cité septembre 2019]. Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge

10. Eating disorders and oral health: a scoping review on the role of dietitians. Patterson-Norrie T, Ramjan L, Sousa MS, Sank L, George A. *J Eat Disord*. Oct 2020 13;8:49
11. Hasan S, Ahmed S, Panigrahi R, Chaudhary P, Vyas V, Saeed S. Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health. *J Family Med Prim Care*. 25 août 2020;9(8):3890-7.
12. UNIGE (Université de Genève). Déchiffrer les bases génétiques des troubles alimentaires [Internet]. [cité mars 2021]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/medias/2021/dechiffrer-les-bases-genetiques-des-troubles-alimentaires>
13. Ramoz N, Clarke J, Gorwood P. Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires. *Biologie Aujourd'hui*. mars 2017;211(1):97-102
14. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. oct 2015;207(4):299-30
15. Eating disorders and oral health: a scoping review. Presskreischer R, Prado MA, Kuraner SE, Arusilor IM, Pike K. *J Eat Disord*. avr 2023 ;11(1):55.
16. HAS (Haute Autorité de Santé). Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste [Internet]. [cité juin 2019]. Disponible sur:https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_dentaire_v2.pdf
17. Clinique dentaire D1 Dental Concept. Érosion dentaire [Internet]. [cité 2016]. Disponible sur: <https://www.d1dentalconcept.ch/prestation/erosion-dentaire/>
18. Studio dentaire. Anorexie et dents : Un problème souvent sous-estimé – Quelles solutions ? [Internet]. [cité mai 2021]. Disponible sur:<https://www.dr-touati-herve.chirurgiens-dentistes.fr/anorexie-dents/>
19. HAS (Haute Autorité de Santé). Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. [cité mars 2010]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

20. Hurst PS, Lacey JH, Crisp AH. Teeth, vomiting and diet, a study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. *J Dent Res*. Juin 1977;53:298-305
21. Misra N, Mehra A, Misra P, Mehra J. Oral Manifestations of Eating Disorders. *J Indian Acad Oral Med Radiol*. 12 janv 2010;22(5):19-22.
22. Sales-Peres SHC , Araújo JJ , Marsicano JA , Santos JE , Bastos JRM . Prévalence, gravité et étiologie de l'usure dentaire chez les patients souffrant de troubles alimentaires . *Eur J Dent*. 2014;8:68-73
23. Goldberg MB , Katzman DK , Woodside DB , Baker GI . Les troubles alimentaires et les douleurs faciales chroniques coexistent-ils ? Une étude préliminaire . *J Can Dent Assoc* . 2006;72:51.
24. Rangé H, Colon P, Godart N, Kapila Y, Bouchard P. Eating disorders through the periodontal lens. *Periodontology 2000*. août 2021;(87):17-31
25. Moronval A. Le rôle de la nutrition dans les maladies parodontales [Thèse d'exercice]. [Nancy, France] : université de Lorraine. Faculté d'odontologie de Nancy;2012.
26. Galusca B, Bossu C, Germain N, Kadem M, Frere D, Lafage-Proust MH, et al. Age-related differences in hormonal and nutritional impact on lean anorexia nervosa bone turnover uncoupling. *Osteoporos Int*. juin 2006;17(6):888-96
27. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J*. mars 2005;50(1):6-15
28. Vavrina J, Müller W, Gebbers JO. Enlargement of salivary glands in bulimia. *J Laryngol Otol*. juin 1994;108(6):516-8.
29. Garcia Garcia B, Dean Ferrer A, Diaz Jimenez N, Alamillos Granados FJ. Bilateral Parotid Sialadenitis Associated with Long-Standing Bulimia: A Case Report and Literature Review. *J Maxillofac Oral Surg*. juin 2018;17(2):117-21.
30. Mandel L, Abai S. Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. *The journal of the American Dental Association*. mai 2004;(135):613-616
31. Coleman H, Altini M, Nayler S, Richards A. Sialadenitis: a presenting sign in bulimia. *Head Neck*. déc 1998;20(8):758-62.
32. Bern EM, Woods ER, Rodriguez L. Gastrointestinal Manifestations of Eating Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. nov 2016;63(5):77.

33. Tada A, Miura H. The Relationship between Vitamin C and Periodontal Diseases: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 11 juill 2019;16(14):2472.
34. France culture. Scorbut : la terrible « peste des mers » fait son retour [Internet]. [cité août 2018]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/scorbut-la-terrible-peste-des-mers-fait-son-retour-7025357>
35. Berche P. L'histoire du scorbut. *Revue de biologie médicale*. mars 2019;(347):11
36. Sentenac Guillaume. Le scorbut au XXIème siècle, une nouvelle maladie ? [Thèse d'exercice]. [Rouen, France] : université de Rouen. Faculté de médecine de Rouen;2016.
37. Machado V, Lobo S, Proença L, Mendes JJ, Botelho J. Vitamin D and Periodontitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. août 2020;12(8):2177.
38. Botelho J, Machado V, Proença L, Delgado A, Mendes J. Vitamin D Deficiency and Oral Health : A comprehensive Review. *Nutrients*. Avril 2020;12(5):1471
39. Japatti SR, Bhatsange A, Reddy M, Chidambar YS, Patil S, Vhanmane P. Scurvy-scorbutic siderosis of gingiva: A diagnostic challenge - A rare case report. *Dent Res J (Isfahan)*. 2013;10(3):394-400.
40. Aliouat W. Le scorbut et ses manifestations bucco-dentaires : des grandes expéditions du xvème siècle à nos jours [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : université de Lille. Faculté d'odontologie de Lille;2012
41. Bellahsen Y. La nouvelle classification des maladies parodontales [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : université de Paris Descartes. Faculté d'odontologie de Paris Descartes;2019
42. Kubota Y, Moriyama Y, Yamagishi K, Tanigawa T, Noda H, Yokota K, et al. Serum vitamin C concentration and hs-CRP level in middle-aged Japanese men and women. *Atherosclerosis*. févr 2010;208(2):496-500.
43. Dallimonti L. Impact de la nutrition sur la santé bucco-dentaire [Thèse d'exercice]. [Nice, France] : université Côte d'Azur. Faculté d'odontologie de Nice;2016
44. Omori K, Hanayama Y, Naruishi K, Akiyama K, Maeda H, Otsuka F, et al. Gingival overgrowth caused by vitamin C deficiency associated with metabolic syndrome and severe periodontal infection: a case report. *Clin Case Rep*. déc 2014;2(6):286-95.
45. ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé). Classification des maladies parodontales [Internet]. [cité mai 2002]. Disponible sur:

<https://www.cabineta5d.fr/wp-content/uploads/Classification-des-maladies-parodontales-adaptee-de-Armitage.pdf>

46. Gandhi M, Elfeky O, Ertugrul H, Chela HK, Daglilar E. Scurvy: Rediscovering a Forgotten Disease. *Diseases*. 26 mai 2023;11(2):78.
47. Jontell M, Linde A. Nutritional aspects on tooth formation. *World Rev Nutr Diet*. 1986;48: 114-136.
48. Wolbach SB, Howe PR. The incisor teeth of albino rats and guinea pigs in vitamin A deficiency and repair. *Am J Pathol*. 1933;9(3):275-294.25
49. Pflipsen M, Zenchenko Y. Nutrition for oral health and oral manifestations of poor nutrition and unhealthy habits. *General dentistry*. 2017;(412):44
50. Nishida M, Grossi SG, Dunford RG, Ho AW, Trevisan M, Genco RJ. Calcium and the risk for periodontal disease. *J Periodontol*. 2000;71(7):1057-1066.
51. Mohamed WE, Abou El Fadl RK, Thabet RA, Helmi M, Kamal SH. Iron deficiency anaemia and early childhood caries: a cross-sectional study. *Aust Dent J*. mars 2021;(66):27-36.
52. Ji S, Guan X, Ma L, Huang P, Lin H, Han R. Iron deficiency anemia associated factors and early childhood caries in Qingdao. *BMC Oral Health*. mars 2022;(22):104.
53. Eliabeauté. Chéilite angulaire [Internet]. [cité février 2020]. Disponible sur: <https://www.eliabeaute.com/cheilite-angulaire-comment-sen-debarrasser/>
54. Benjamin O, Lappin SL. Kwashiorkor. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cité octobre 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507876/>
55. Larousse. Kwashiorkor [Internet]. [cité 28 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/kwashiorkor/14067>
56. Wikipédia. Kwashiorkor [Internet]. [cité 30 oct 2023]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kwashiorkor&oldid=203737038>
57. Benslama L. Lésions érythémateuses essentielles [Internet]. [cité 28 oct 2023]. Disponible sur: <https://dermato-buccale.com/lesions-erythemateuses/carence-en-vitamine-b12.htm>

58. National Eating Disorders Association. Dental Complications of Eating Disorders [Internet]. [cité 2018]. Disponible sur: <https://www.nationaleatingdisorders.org/dental-complications-eating-disorders>
59. Machado V, Lobo S, Proença L, Mendes JJ, Botelho J. Vitamin D and Periodontitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 22 juill 2020;12(8):2177.
60. Rugg-Gunn AJ, Al-Mohammadi SM, Butler TJ. Malnutrition and developmental defects of enamel in 2- to 6-year-old Saudi boys. *Caries Res*. 1998;32(3):181-192.
61. Anderson S, Gopi-Firth S. Eating disorders and the role of the dental team. *Br Dent J*. mars 2023;234(6):445-9.
62. Ministère de la transformation et de la fonction publique. Définitions et principes [Internet]. [cité 28 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/definitions-et-principes>
63. Arnal-Couderc M. Dépistage des troubles du comportement alimentaire à l'aide du SCOFF-F chez 964 actifs et étudiants en Haute-Vienne [Thèse d'exercice]. [Limoges, France] : université Limoges. Faculté de médecine de Limoges;2018
64. Sahuc N. Traiter et prévenir l'obésité, jusqu'à quel point ? [Internet]. [cité juillet 2018]. Disponible sur: https://www.jim.fr/medecin/thematique/06_nutrition/e-docs/traiter_et_prevenir_lobesite_jusqua_quel_point__172929/document_mise_point.phtml
65. Anta C. Gestion préventive de l'érosion dentaire : modification du comportement du patient et renforcement tissulaire [Thèse d'exercice]. [Marseille, France] : université Aix Marseille. Faculté d'odontologie de Marseille;2018
66. Lacoste A. Prise en charge des lésions d'érosion des adolescents atteints de troubles du comportement alimentaire [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France] : université de Bordeaux. Faculté d'odontologie de Bordeaux;2020
67. Hodgkinson E. Le chirurgien-dentiste dans la prise en charge Pluridisciplinaire des patients avec troubles du comportement alimentaire (TCA) : outils diagnostiques, rôle et limites. [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] : université Claude Bernard-Lyon 1. Faculté d'odontologie de Lyon;2020

68. Lasfargues J. La préservation tissulaire. [Internet]. [cité 10 avril 2019]. Disponible sur: https://academiedentaire.fr/wp-content/uploads/2019/09/La_preservation_tissulaire_un_fil_directeur_en_medecine_bucco-dentaire_conservatrice.pdf
69. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). L'application de vernis fluorés. [Internet]. [cité 2019]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/09/Fiche-indications-verniss-fluor%C3%A9-1.pdf>
70. Dentaltix. Désensibilisants dentaires [Internet]. Figure 20 : Duraphat. Disponible sur: <https://www.dentaltix.com/fr/colgate/duraphat-verniss-au-fluorure-50-pieces-x-04-ml-0>
71. Beuret P, Moldovan F, Friker S. Gouttière de libération occlusale (night guard). [Internet]. [cité 2023]. Disponible sur: <http://www.jardindesdents.ch/traitement/protheses-amovibles/gouttiere-de-liberation-occlusale-night-guard>
72. Skallevoid HE, Rokaya N, Wongsirichat N, Rokaya D. Importance of oral health in mental health disorders: An updated review. *J Oral Biol Craniofac Res.* sept 2023;13(5):544-52.

Table des illustrations

Figure 1 : Érosion des faces palatines du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade initial.	30
Figure 2 : Érosion des faces palatines du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade avancé.	31
Figure 3 : Érosion des faces occlusales du secteur postérieur mandibulaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade avancé.	31
Figure 4 : Atteintes érosives du secteur antérieur mandibulaire	32
Figure 5: Atteinte érosive des pointes cuspidiennes causée par des vomissements répétés.	32
Figure 6: Érosion des faces vestibulaires des incisives maxillaires provoquées par des boissons acides, associé à un bruxisme.....	33
Figure 7: Récessions gingivales chez une patiente atteinte d'anorexie boulimie	35
Figure 8 : Ulcération de la muqueuse buccale du palais mou induite par le doigt du patient pour provoquer des vomissements.....	37
Figure 9 : Sialométaplasie nécrosante dans la boulimie mentale	38
Figure 10 : Patiente boulimique présentant un gonflement parotidien bilatéral, vue de face et de profil	41
Figure 11 : Tomodensitométrie avec reconstructions 3D d'une hypertrophie parotidienne bilatérale	41
Figure 12 : Patient atteint de parodontite dans un contexte de carence en vitamine C.....	49
Figure 13 : Patient atteint de parodontite dans un contexte de carence en vitamine, vue du secteur droit avec saignement spontané associé.....	49
Figure 14 : Vue de face de la cavité buccale d'une patiente atteint de scorbut	50
Figure 15 : Ecchymose et pétéchies présentes sur une patiente atteinte de scorbut	50
Figure 16 : Chéilite angulaire.....	54
Figure 17 : Patient atteint de la maladie de Kwashiorkor	55
Figure 18 : Glossite de Hunter, caractéristique d'une carence en vitamine B12	56
Figure 19 : Vernis fluoré Duraphat®	67
Figure 20 : Gouttière de libération occlusale	70

Table des tableaux

Tableau 1 : Définition de l'état nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans	22
Tableau 2 : Questionnaire SCOFF	62
Tableau 3 : Critères de classement de l'érosion de l'indice BEWE	63
Tableau 4 : Classification de Lasfargues et Colon	69

Table des matières

Introduction	18
1. Description des troubles du comportement alimentaire	19
1.1. Épidémiologie et définitions des troubles du comportement alimentaire.....	19
1.1.1. L'anorexie mentale	20
1.1.2. La boulimie	23
1.2. Présentations des facteurs de risque (facteurs psychologiques, génétiques, sociaux, culturels) et des causes potentielles des TCA	25
1.2.1. Facteurs psychologiques.....	25
1.2.2. Facteurs génétiques.....	26
1.2.3. Facteurs socio-culturels	27
1.3. Conséquences sociales et psychologiques des TCA	28
2. Évaluation des effets des troubles du comportement alimentaire sur la santé bucco-dentaire	29
2.1. Identification des pathologies bucco-dentaire associées aux troubles du comportement alimentaire.....	29
2.1.1. L'érosion dentaire.....	29
2.1.2. Lésions carieuses	33
2.1.3. Troubles parodontaux	34
2.1.4. Hypersensibilité dentinaire.....	35
2.1.5. Problèmes articulaires	36
2.1.6. Lésions de la muqueuse.....	37
2.1.7. Altération de la densité osseuse.....	39
2.1.8. Troubles des glandes salivaires.....	40
2.2. Carences nutritionnelles associées aux troubles du comportement alimentaire	43
2.2.1. Présentation des carences nutritionnelles les plus courantes chez les patients atteints de TCA, notamment les carences en vitamines, minéraux et oligo-éléments.	43
2.2.2. Effets et conséquences des carences nutritionnelles sur la santé bucco-dentaire	47
3. Prévention et prise en charge des troubles du comportement alimentaire et de leurs effets sur la cavité buccale.....	58

3.1. Discussion sur l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans la prévention de ces troubles et de leurs effets.....	58
3.2. Présentation de stratégies de prévention spécifiques.....	59
3.3. Méthodes d'évaluation et de dépistage des problèmes bucco-dentaires chez les patients présentant des TCA.	61
3.4. Présentation des protocoles de prise en charge existants pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire.....	65
3.5. Stratégies de prise en charge des problèmes bucco-dentaires chez les patients atteints de TCA : collaboration interdisciplinaire entre dentistes, médecins et professionnels de la santé mentale.....	70
<i>Conclusion</i>	72
<i>Liste des abréviations</i>	73
<i>Bibliographie</i>	74
<i>Table des illustrations</i>	81
<i>Table des tableaux</i>	82

Th. D. : Chir. Dent. : Reims : 2023

RABHI, Clémence

Santé bucco-dentaire et troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie, carences

Mots clés MeSH ou Rameau :

Troubles de l'alimentation, Anorexie, Boulimie, Maladies par carence, Carences nutritionnelles, Érosion dentaire, Xérostomie

Résumé de la thèse en français

De plus en plus de personnes sont atteintes de façon épisodique ou chronique de troubles du comportement alimentaire. Actuellement en France, près de sept millions de personnes seraient concernés.

Ces troubles ont des conséquences dévastatrices et un impact considérable sur la santé physique, psychologique et sociale des individus qui en sont atteints. Les répercussions sont nombreuses, notamment sur la sphère bucco-dentaire. Il est alors essentiel pour nous, chirurgiens-dentistes, de connaître les conséquences de ces troubles et de pouvoir prendre en charge les patients qui en sont atteints.

Cette thèse sera centrée sur les troubles du comportement alimentaire spécifiques que constituent l'anorexie, la boulimie et les différentes carences alimentaires dont certains patients souffrent.

JURY :

Président : Pr BRAUX Julien

Directeur : Dr JOURDAIN Marie-Laure

Assesseurs : Dr PIERRARD Loïc

Dr SERGHERAERT Johan