

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 3039

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Aurore Boulet

le 31 MARS 2017

**PRÉVENTION DES CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES DE
L'ANOREXIE BOULIMIE**

Directrice de thèse : Docteur Sacha Baron

JURY

Président :	Professeur Cathy NABET
1er assesseur :	Docteur Rémi ESCLASSAN
2ème assesseur :	Docteur Jean-Noël VERGNES
3ème assesseur :	Docteur Sacha BARON



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Professeurs d'Université :

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Maîtres de Conférences :

Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA

Assistants :

Mme DARIES, Mr MARTY,

Adjoint d'Enseignement :

Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Mr BARON

Maîtres de Conférences :

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Assistants :

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Assistant Associé :

Mr BOYADZHIEV

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Mr HAMEL

Professeurs d'Université :

Mme NABET, Mr SIXOU

Maîtres de Conférences :

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Assistant:

Mlle. BARON,

Adjoints d'Enseignement :

Mr. DURAND, Mr. PARAYRE, Mr. ROSENZWEIG

57.01 PARODONTOLOGIE***Chef de la sous-section :*** *Mr BARTHET*

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE, Mme KADDECH, Mme VINEL

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION***Chef de la sous-section :*** *Mr COURTOIS*

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme CROS, Mme COSTA-MENDES

Assistant Associé : Mr DAUZAT,

Adjoints d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE***Chef de la sous-section :*** *Mr POULET*

Professeur d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE,

Assistant Associé : Mme FURIGA-CHUSSEAU

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT, Mr PUISSOCHET, Mr FRANC

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE***Chef de la sous-section :*** *Mr DIEMER*

Professeur d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr DUCASSE

Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. ELBEZE, Mr. MALLET, Mr. FISSE

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)***Chef de la sous-section :*** *Mr CHAMPION*

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA, Mr. LEMAGNER

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGEANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE, Mr. CHAMPION, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. HENNEQUIN

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE***Chef de la sous-section :*** *Mme JONIOT*

Maîtres de Conférences : Mme JONIOT, Mr NASR

Assistants : Mr. CANCEILL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI

Adjoints d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr VERGÉ, Mme BOUSQUET, Mr MONSARRAT

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).*

Mise à jour au 03 FEVRIER 2017

REMERCIEMENTS

- A ma mère, pour son soutien sans faille, sa décontraction, son humour, et la vision décalée qu'elle porte sur mes études.
- A mon père, pour son engagement à mes côtés sur tous les plans.
- A mon frère Arthur, pour m'avoir supporté depuis notre enfance.
- A Mamie Gisèle pour ses bons petits plats qui m'ont accompagné durant toutes ces années d'études.
- A Papy Raymond pour les bons moments partagés et nos discussions sur le monde.
- A Mamie Thérèse pour ses encouragements constants.
- A Marie, pour son amitié depuis notre enfance. Merci de m'avoir soutenu durant ces années. Nos moments de partage me sont précieux.
- A ma binôme Clémence : nous nous sommes rencontrées sur les bancs de la fac en première année et notre amitié n'a fait que grandir. Nous avons partagé le stress d'un concours, la vie à la fac, la découverte d'un métier en clinique et les joies de voyager ensemble. Notre expérience florentine n'a été que du bonheur !
- A Neïla, notre autodérision commune, notre humour décalé, notre passion de la cuisine (à manger, pas à faire !) nous ont réunis. Notre amitié est un joli cadeau qui couronne ces études à la fac.
- A mes amis dentistes : Marine, Charlotte, Pauline, Carole, Marie, Céline, Nathalie, Julie, Julie et aussi Julie (notre cohabitation en Rep Dom a été une joie !), Etienne, Clémence, Chloé et Chloé, Margaux, Géromine, Thibault, et tous les autres : nos années communes ont été un bonheur !
- A mon amie et imprimeur Sandrine, sans qui la réalisation de cette thèse n'aurait pas été possible et qui grâce à sa technicité, a concrétisé mon projet.
- A tous les membres du Tennis Club Vicois qui ont suivi mon parcours au fil des années et avec qui j'ai fêté mes exams chaque été autour des cours et une sangria à la main.

A notre Présidente du Jury,

Professeur Cathy NABET

- Professeur des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etudes Approfondies de Santé Publique – Epidémiologie
- Docteur de l'Université Paris XI,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Lauréate de la Faculté de Médecine,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de présider notre Jury. Vous nous avez transmis votre passion de la rigueur scientifique.

Nous vous en remercions chaleureusement et vous témoignons notre grand respect.

A notre Jury de thèse,

Docteur Rémi ESCLASSAN

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),
- D.E.A. d'Anthropobiologie
- Ancien Interne des Hôpitaux,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et Pharmacie (L1),
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR 5288 –CNRS)
- Praticien qualifié en Médecine Bucco-Dentaire (MBD)
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous adressons tous nos plus sincères remerciements :

siéger dans notre jury nous touche. Vous nous avez accompagné tout au long de notre scolarité, dans votre enseignement théorique, clinique mais aussi dans votre engagement européen. Veuillez recevoir le témoignage de notre plus grand respect et de notre plus grande sympathie.

A notre Jury de thèse,

Docteur Jean-Noël VERGNES

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –
Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites
de siéger dans notre jury. Votre enseignement théorique, clinique
mais aussi votre rigueur scientifique nous a tant appris.
Votre gentillesse et votre empathie envers les patients est un modèle.
Ce travail est un témoignage de notre plus grand respect.

A notre Directrice de thèse et Jury,

Docteur Sacha BARON

- Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master1 Sciences, Technologies, Santé, mention Biosanté
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- CES Prothèse Conjointe
- D.U. d'Odontologie Légale et d'Ethique

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait de diriger notre thèse. Votre confiance, votre disponibilité, vos conseils avisés lors de la réalisation de ce travail nous ont été précieux. Nous vous témoignons notre respect pour votre enseignement clinique. Veuillez recevoir nos plus chaleureux remerciements et le témoignage de notre sympathie.

SOMMAIRE

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER.....	1
INTRODUCTION.....	12
1. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	14
1.1 L'ANOREXIE RESTRICTIVE.....	15
1.2 LA BOULIMIE.....	17
2. CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES	19
2.1 ANOREXIE RESTRICTIVE	19
2.2 ANOREXIE BOULIMIE	20
2.2.1 <i>L'érosion</i>	20
2.2.2 <i>L'abrasion</i>	23
2.2.3 <i>L'hyposialie</i>	24
2.2.4 <i>Taux élevé de caries</i>	24
2.2.5 <i>Parotides hypertrophiées</i>	25
3. PRÉVENTION	27
3.1 DÉFINITIONS	27
3.1.1 <i>Prévention primaire</i> :.....	27
3.1.2 <i>Prévention secondaire</i> :	27
3.1.3 <i>Prévention tertiaire</i> :	28
3.2 ÉTUDE PILOTE.....	28
3.2.1 <i>Description de l'étude</i>	28
3.2.2 <i>Résultats de l'étude</i>	34
3.2.3 <i>Analyse des résultats de l'étude</i>	54
3.3 CONSEILS DE PRÉVENTION	55
3.3.1 <i>Eviter le brossage immédiat</i> :.....	55
3.3.2 <i>Utiliser un bain de bouche</i>	56
3.3.3 <i>Réaliser un brossage différé</i>	58
3.3.4 <i>Utiliser une gouttière de protection</i>	58
3.3.5 <i>Supplémentation locale en fluor</i>	59
3.3.6 <i>Utilisation de chewing-gum</i>	60
3.4 AFFICHE	60

CONCLUSION	62
TABLE DES ILLUSTRATIONS	65
BIBLIOGRAPHIE.....	67

INTRODUCTION

L'anorexie-boulimie est une pathologie correspondant à un trouble du comportement alimentaire. C'est une pathologie psychiatrique qui touche principalement les jeunes filles des pays développés.²²

En effet :

1 femme sur 100 entre 15 et 25 ans est touchée.

1 homme est touché pour 10 femmes.³⁰

Cette pathologie est particulièrement grave et constitue un danger en terme de santé publique puisque 5% des patients en meurent et 30% n'en guérissent jamais et s'installent dans une anorexie boulimie chronique.⁵

En outre, l'anorexie correspond à la 3ème maladie chronique chez l'adolescent aux États-Unis après l'obésité et l'asthme.

Cette pathologie engendre des conséquences sur la sphère orale qui peuvent être prévenues par des conseils simples d'hygiène bucco-dentaire et la mise en place d'un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste.

Les professionnels de santé prenant en charge ces patients atteints de troubles du comportement alimentaire, sont en demande d'aide et de conseils au niveau bucco-dentaire. C'est pourquoi cette thèse aura pour but de présenter une affiche de conseils bucco-dentaires à apporter aux patients souffrant d'anorexie-boulimie à destination de centre de nutrition, de cabinet de psychiatres ou de psychologues.

1.TROUBLES DU COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE

1. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Aujourd'hui pour permettre un diagnostic précis de trouble du comportement alimentaire, deux classifications existent :

- Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la santé, dixième version (CIM-10),¹³
- Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V), développé par l'Association américaine de psychiatrie.³⁰

Une fois le diagnostic posé, les patients atteints de troubles du comportement alimentaire ont besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire : un suivi psychiatrique pour le/la patiente, ainsi que pour l'entourage, une prise en charge médicale pour la prise en charge des conséquences sur la santé des patients, et enfin nutritionnelle, pour établir une relation plus apaisée entre le/la patiente et la nourriture.³⁰

Les troubles du comportement alimentaire peuvent être repérés par l'entourage familial, par le médecin traitant mais aussi par le dentiste qui peut être le témoin des conséquences bucco-dentaires déjà présentes.

Il joue un rôle important dans le dépistage, ainsi que dans l'orientation des patients vers des professionnels spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.^{20 28}

1.1 L'ANOREXIE RESTRICTIVE

L'anorexie restrictive est une pathologie psychiatrique qui s'exprime selon la classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé par :

- Une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient, associée à la peur de grossir et d'avoir un corps flasque.
- Le maintien d'un poids faible, en dessous des normes pour l'âge et la taille.
- Une dénutrition de gravité variable, s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, notamment l'aménorrhée (arrêt des règles).
- La restriction des choix alimentaires.
- La pratique excessive d'exercices physiques.^{30 29}

Cette phase de la maladie est uniquement restrictive, elle n'est pas accompagnée de purges par prise de laxatifs, de diurétiques ou par vomissements.

Elle s'accompagne d'un sentiment de contrôle de soi-même, d'une image de soi forte, d'un esprit fort récompensé par la perte de poids et le contrôle de son image.

L'anorexie mentale est aussi paradoxalement associée à une dysmorphophobie, le patient a une image déformée de lui, une perception d'un corps gros et mou quand son corps est maigre et squelettique.⁶

L'Indice de Masse Corporelle peut être un indicateur d'une potentielle anorexie restrictive, c'est un outil simple de dépistage.

L'Indice de Masse Corporelle définit le statut pondéral d'une personne et permet de déterminer l'état nutritionnel du patient. Il se calcule grâce à la formule : le poids en kilogrammes divisé par la taille au carré en mètres.

Mais l'Indice de Masse Corporelle est uniquement un repère, cela ne donne pas la définition de l'anorexie restrictive. Un Indice de Masse Corporelle faible définit seulement une dénutrition mais n'en donne pas la cause.

L'anorexie boulimie doit être définie grâce la liste des comportements et attitudes donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'Indice de Masse Corporelle est un outil qui permet éventuellement de faire prendre conscience au patient de sa situation. C'est un outil de dialogue entre le patient et le corps médical. Il est réévalué régulièrement pour noter une éventuelle progression. ¹⁶

IMC = Indice de Masse Corporelle

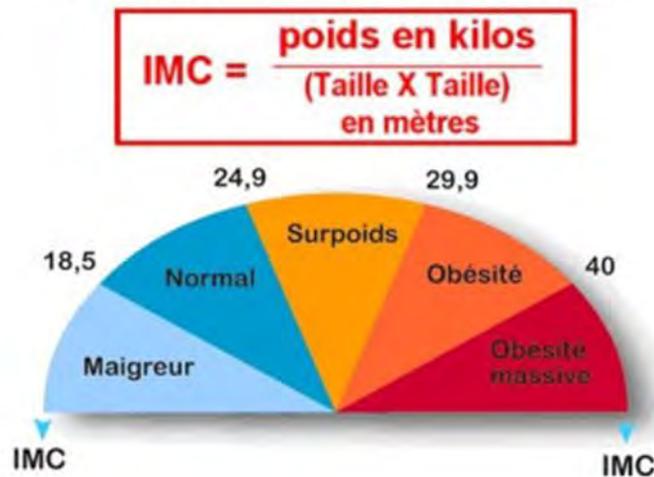


Figure 1 : Diagramme Indice de Masse Corporelle

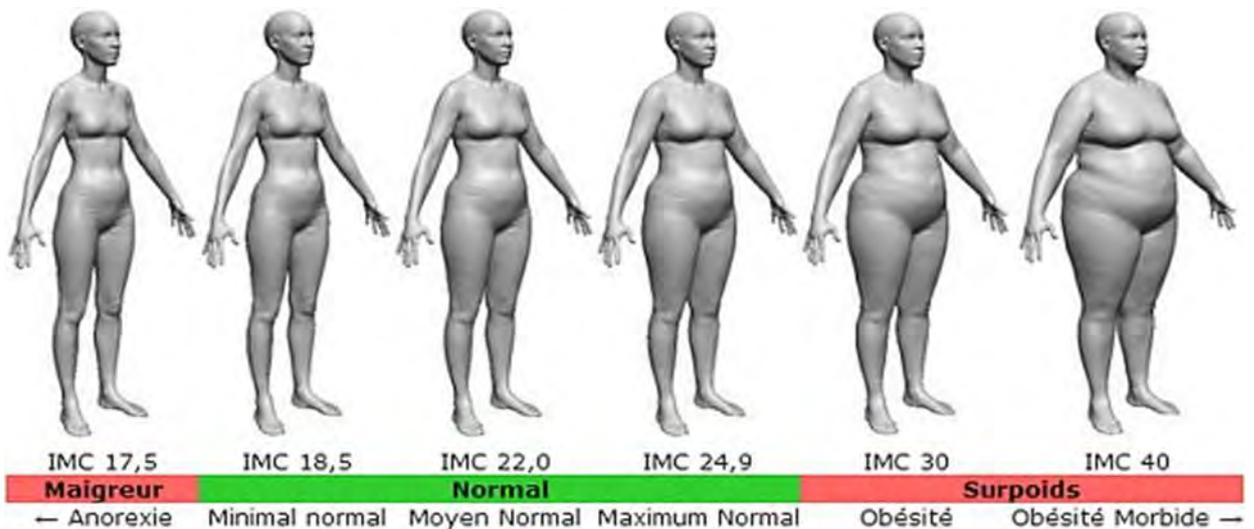


Figure 2 : Silhouettes Indice de Masse Corporelle¹¹

Exemple : une femme mesurant 1.60m et pesant 45kg est considérée comme maigre selon l'Organisation Mondiale de la Santé puisque son indice de masse corporelle est de 17.6.

Mais comme vu précédemment la définition de l'anorexie ne repose pas uniquement sur le calcul de l'indice de masse corporelle, il n'est qu'un critère parmi la liste établie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cependant c'est l'indicateur le plus facile à définir. Il convient ensuite d'évaluer le contexte de ce poids faible.

1.2 LA BOULIMIE

Les patients en quête de perte de poids entrent fréquemment (en moyenne 20% d'entre eux) dans une seconde phase qui associe la restriction à des phases de boulimie lors desquelles ils consomment de grandes quantités de nourriture sans aucune sensation de plaisir et le plus souvent en cachette de leur entourage. Ce moment d'hyperphagie est suivi d'une purge par prise de laxatifs, de diurétiques ou par vomissements afin que cette crise boulimique n'engendre pas de prise de poids.⁶

La boulimie est caractérisée par la classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé par :

- Une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs.

- Des accès répétés d'hyperphagie (absorption de grandes quantités de nourriture en peu de temps).^{29 30}

Ces crises de boulimie peuvent avoir une fréquence d'une à plusieurs fois par semaine à plusieurs fois par jour. Elles sont accompagnées d'un sentiment de culpabilité, de perte d'estime de soi.

Les patients touchés par les successions d'anorexie et de boulimie sont sensibles à la dépression du fait de cette perte de contrôle.

2. CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES

2. CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES

2.1 ANOREXIE RESTRICTIVE

L'anorexie restrictive a des conséquences générales sur la santé du fait du faible apport calorique et du peu de diversité dans l'alimentation. De ce fait, on observe souvent une anémie associée à l'anorexie, voir une leucopénie et une thrombopénie.

Ceci implique au niveau de la cavité buccale :¹²

- une pâleur des muqueuses : langue, palais, plancher buccal : conséquence de l'anémie (baisse du taux d'hémoglobine dans le sang).
- des gingivorragies, des bulles hémorragiques buccales (angina bullosa hemorrhagica) (figure 3) : conséquences de la thrombopénie (baisse du nombre de plaquettes sanguines responsables de la coagulation).



Figure 3 : Purpura et bulles hémorragiques sur la muqueuse palatine¹²

- des parodontopathies : les carences ont un effet sur le parodonte et donc sur le soutien des dents, notamment les carences en vitamine C.

La maladie parodontale est une pathologie des tissus de support de la dent L'os qui soutient la dent est fragilisé, la gencive se rétracte, les dents deviennent mobiles avec des racines apparentes.

A noter que les rares cas de scorbut référencés dans les pays industrialisés concernent des patients anorexiques sévères dont les carences vitaminiques atteignent des seuils critiques pouvant mener à la perte des dents.⁵

2.2 ANOREXIE BOULIMIE

L'anorexie boulimie du fait des purges successives par vomissements engendre de nombreuses conséquences bucco-dentaires :⁴ L'érosion, l'abrasion, l'hyposialie, le taux élevé de caries et l'hypertrophie des glandes parotides en sont les principales.

2.2.1 L'érosion

L'érosion correspond à une destruction des tissus durs de la dent induite par des processus chimiques ou électrolytiques faisant intervenir des acides d'origine endogène ou exogène sur les surfaces dentaires.

Si l'attaque chimique des vomissements est en cause, les principales marques d'érosion se localisent au niveau des faces palatines des incisives maxillaires (figure 4). Si la fréquence des vomissements est particulièrement sévère, les faces occlusales des molaires mandibulaires peuvent également être touchées.¹⁹

D'autre part, l'attaque chimique peut également être causée par la consommation en grande quantité et de façon fréquente de jus de citrons, de pamplemousses et de sodas light. En effet les patients en sont souvent très friands, du fait de leur goût acide ou sucré, mais aussi car les boissons gazeuses provoquent des ballonnements et des vomissements lors de leur ingestion en très grande quantité. Lorsque les attaques acides sont d'origine extrinsèque, les faces vestibulaires sont les plus touchées (figure 5).

Le plus souvent chez les patients atteints d'anorexie boulimie, l'érosion est aussi bien de cause endogène, qu'exogène.

Les lésions érosives ont des contours mal définis. L'érosion engendre une perte du tissu dur dentaire, protecteur de la dent : l'émail. Si une couche d'émail reste présente, les lésions auront un aspect satiné, opalescent. Si tout l'émail a été érodé, la dentine sera mise à nu. Une coloration jaune peut être ainsi remarquée, associée à des sensibilités au chaud et au froid si aucune dentine sclérotique de protection ne s'est formée.



Figure 4 : Photo du Dr Bonin : Erosion palatine

Sur la figure 4, nous pouvons voir l'illustration d'érosion d'origine endogène. Cette patiente a souffert d'anorexie boulimie durant une période d'au moins 5 ans. Les faces palatines des dents maxillaires antérieures sont touchées par l'érosion. Les faces sont lisses, brillantes, elles ont perdu tout relief.



Figure 5 : Photo Dr Bonin : vue vestibulaire de la figure 4

Sur la figure 6, nous observons le sourire en vue vestibulaire de la patiente vue sur la figure 4. Cette patiente connaît des vomissements répétés qui ont érodé les faces palatines du secteur incisif maxillaire. Les faces vestibulaires sont globalement épargnées même si nous notons des plaques blanches de déminéralisation aux collets des dents. Les marques d'érosion d'origine endogène sont ici peu remarquables.



Figure 6 : Photo du Dr Bonin : Erosion vestibulaire

Sur la figure 6, nous pouvons voir l'illustration d'érosion d'origine exogène : causée par l'absorption en grande quantité de jus d'agrumes et de fruits acides. Les pertes de substance sont ici particulièrement importantes sur les surfaces dentaires vestibulaires du fait de l'apport acide exogène. Les attaques acides sont responsables de l'érosion de l'émail, qui a disparu sur certaines zones, laissant apparaître la dentine sous-jacente. Ainsi les dents ont elles une coloration jaunâtre, un aspect lisse, brillant, opalescent.

2.2.2 L'abrasion

L'abrasion correspond à une perte des tissus durs de la dent. Dans un contexte d'anorexie, ce processus est engendré par un brossage traumatique, trop fréquent et sur une durée trop longue.

Les collets vestibulaires sont les zones les plus touchées par cette action mécanique traumatisante correspondant à :

- un brossage avec une brosse à dents avec des poils non souples
- l'utilisation d'une méthode de brossage plus horizontale que verticale
- l'association d'un brossage immédiat avec l'acidité présente en bouche liée aux habitudes alimentaires et aux régurgitations.

Ainsi l'acide présent en bouche est étalé sur toutes les surfaces dentaires et frotté énergiquement, ce qui fragilise encore plus l'émail déjà mordancé par l'acide en bouche.

Les lésions abrasives sont caractérisées par une surface dure, brillante, polie, lisse, par des bords nets et dont la forme est dite « en U » ou « en coin » (figure 6).



Figure 7 : Photo du Dr Pierre Colon : abrasion¹⁴

Nous pouvons voir sur cette figure 6 des lésions cervicales non carieuses ou lésions abrasives. Les surfaces vestibulaires des dents maxillaires latérales sont touchées au niveau des collets. Ces lésions sont « en coin », lisses et brillantes. Elles laissent apparaître la dentine sous-jacente de couleur jaune plus ou moins foncé. Elles sont le reflet d'un brossage traumatique chez une patiente souffrant d'anorexie boulimie.

2.2.3 L'hyposialie

L'hyposialie correspond à une baisse de la quantité salivaire en bouche.

La sécrétion salivaire est assurée par trois glandes salivaires principales : la glande parotide, les glandes sous-maxillaires et les glandes sublinguales et par de nombreuses glandes salivaires accessoires.

Parmi ces glandes, les glandes parotides sont responsables de la sécrétion salivaire la plus importante en terme de volume.

Lors de crises de boulimie suivies de purges par vomissements, les glandes parotides sont particulièrement sollicitées afin d'assurer par leur sécrétion salivaire, une défense de la sphère orale contre l'attaque acide des vomissements. Ainsi la grande quantité de salive sécrétée à ce moment-là joue son rôle de pouvoir tampon et neutralise les acides qui mordantent l'émail des dents.

De ce fait, si les vomissements sont répétés, les sécrétions salivaires parotidiennes sont augmentées, les glandes parotides sont alors sur-sollicitées. En réaction, afin de pouvoir répondre présentes lors des vomissements, les glandes parotides diminuent leur sécrétion salivaire le reste du temps, ce qui provoque une hyposialie secondaire.

Cette hyposialie peut également être causée par la prise de médicaments antidépresseurs prescrits aux patients souffrant d'anorexie boulimie qui ont souvent des tendances dépressives. Ces molécules ont comme effet secondaire d'assécher la cavité buccale.

2.2.4 Taux élevé de caries

Un taux élevé de caries découle de cette hyposialie. La faible quantité de salive dans la cavité buccale diminue la capacité de celle-ci à contrer les attaques acides au niveau des surfaces dentaires, et à les protéger du développement carieux.

De plus les prises alimentaires sucrées fréquentes chez les patients anorexiques boulimiques et suivies de purges par vomissements, placent la sphère orale dans un environnement favorable au développement de caries. Les caries se développent d'autant plus si l'hygiène bucco-dentaire est perfectible chez les patients touchés.

A noter également que les patients anorexiques boulimiques présentent souvent des signes d'érosion et d'abrasion qui détruisent l'émail. La dentine est ainsi à nu et la dent est donc beaucoup plus fragile. Les caries se développent beaucoup plus facilement sur cette surface dentaire moins minéralisée.

2.2.5 Parotides hypertrophiées

Les vomissements répétés sollicitent de façon importante les glandes parotides qui sont « sur-employées » : de ce fait les glandes salivaires augmentent de volume de façon significative.

Localisées dans les joues, en bas et en avant des oreilles, les glandes parotides hypertrophiées donnent un faciès particulier aux patients souffrant d'anorexie boulimie : un visage maigre mais aux joues gonflées (figure 7).²⁶

Les parotidomégalies sont causées dans 20% des cas par un comportement anorexigène.⁷

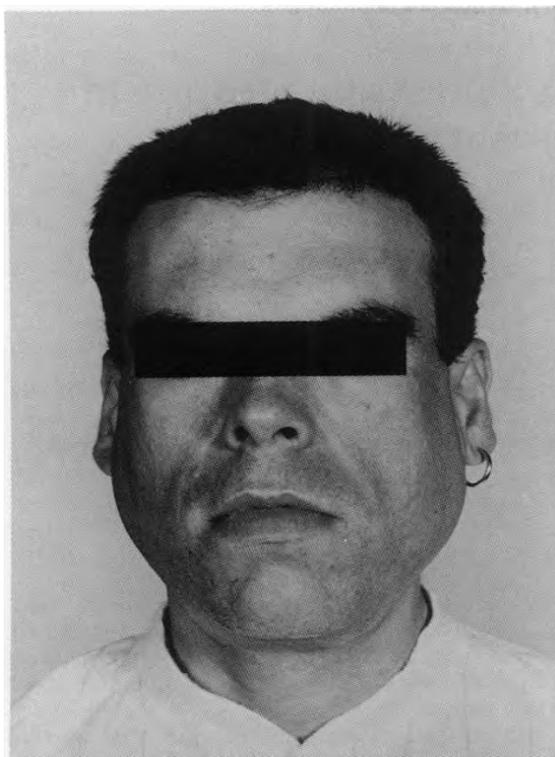


Figure 8 : Photo d'hypertrophie des glandes parotides⁹

Voici l'illustration de parotides hypertrophiées chez un patient anorexique boulimique depuis 3 ans, ayant des vomissements très fréquents.

3.PRÉVENTION

3. PRÉVENTION

3.1 DÉFINITIONS

3.1.1 Prévention primaire :

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition d'une maladie.

La prévention primaire évite l'apparition d'une maladie en réduisant son incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas de cette maladie dans la population.

Pour cela, les moyens utilisés sont : l'information, les conseils sur les facteurs de risques, la vaccination si la maladie est virale, etc...

Concernant notre sujet, la prévention primaire consisterait à prévenir l'apparition de cas d'anorexie boulimie parmi la population.

3.1.2 Prévention secondaire :

La prévention secondaire a pour but de dépister les nouveaux cas de maladies n'ayant pas pu être évités par la prévention primaire.

Elle repose sur le dépistage précoce, afin de réduire au maximum la prévalence de la maladie.

Elle a pour but de traiter les premiers signes de la maladie afin de réduire au maximum les morbidités associées et stopper l'évolution de la maladie.

Le chirurgien-dentiste a un rôle dans la prévention secondaire puisqu'il peut être le premier témoin de l'anorexie boulimie d'un patient. En effet, en examinant la bouche d'un patient, il peut relever des troubles cliniques pouvant évoquer les conséquences de vomissements répétés.¹ Et ainsi alerter le patient sur sa situation bucco-dentaire et l'orienter vers des professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge des patients anorexiques boulimiques et espérer rompre le cercle vicieux.^{18 26}

Le chirurgien-dentiste en tant qu'acteur de la prévention secondaire a pour rôle également d'essayer de réduire l'évolution de la maladie par un dépistage, une information ou une orientation.^{15 32}

3.1.3 Prévention tertiaire :

La prévention tertiaire a pour but d'agir sur les complications de la maladie afin de réduire au maximum les invalidités fonctionnelles.

Le chirurgien-dentiste est totalement acteur de la prévention tertiaire puisque de par ses conseils d'hygiène bucco-dentaire et de par la réalisation de réhabilitation prothétique et esthétique au niveau de la sphère orale, il agit sur les conséquences de l'anorexie boulimie.^{21 24}

3.2 ÉTUDE PILOTE

3.2.1 Description de l'étude

Une étude pilote auprès d'anorexiques boulimiques de la France entière a été réalisée.

Les formulaires ont été mis à la disposition de la population cible sous forme papier et sous forme numérique. La version numérique a été réalisée grâce au logiciel Google Form. Elle est accessible grâce au lien suivant :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSerGjA3lRTyeY72e8H6zGOd6SLFOtg0k_eYcWvY-qbRxNkHcA/viewform.

Elle a donc pour cible des patients souffrant d'anorexie non restrictive, avec des crises de boulimie suivies de purges par vomissements.

Cette étude comprend quatre grands domaines :

- la fréquence des vomissements
- la consommation de différents aliments et boissons
- l'hygiène bucco-dentaire
- les conséquences bucco-dentaires de l'anorexie boulimie

Chaque domaine nous apporte des renseignements sur le comportement et les connaissances des patients anorexiques boulimiques.

Le domaine « fréquence des vomissements » nous permet de savoir si les patients vomissent :

- une fois par mois,
- une fois par semaine,
- plusieurs fois par semaine,
- une fois par jour,
- plusieurs fois par jour.

Le domaine « consommations » nous apprend la fréquence de consommation de certains aliments des patients : jamais, de temps en temps ou souvent vis-à-vis des :

- les jus d'agrumes (citron, pamplemousse...)
- les boissons gazeuses neutres (eau pétillante)
- les boissons gazeuses sucrées (sodas)
- les aliments sucrés (bonbons, gâteaux...)

Le domaine « hygiène bucco-dentaire » interroge les patients quant au

- type de brosse à dents utilisé : à poils souples, à poils moyens, à poils durs ou électrique

- nombre de brossages par jour
- utilisation ou non d'un dentifrice renforcé en fluor
- la fréquence des rendez-vous chez le chirurgien-dentiste : jamais, une fois par an, ou plus d'une fois par an.
- le comportement après avoir vomi : brossage immédiat, rinçage de la bouche à l'eau, rinçage de la bouche avec un bain de bouche au bicarbonate de sodium ou brossage différé.

Le domaine « conséquences bucco-dentaires de l'anorexie boulimie » cherche à évaluer les connaissances des patients concernant leur pathologie et ses conséquences au niveau de la sphère orale.

Nous cherchons à savoir s'ils connaissent les problèmes pathologiques suivants : érosion, abrasion, caries, hypertrophies des glandes parotides.

De plus, nous avons voulu évaluer la sensibilisation à la prévention bucco-dentaire qu'ils ont reçue ou non pendant leur prise en charge.

Enfin, nous les avons interrogé quant à leur désir d'informations concernant ce sujet.

Les questionnaires ont été envoyés à : ²

- L'Unité Nutrition et Maladies Métaboliques de l'Hôpital Larey à Toulouse ,
- Service Urgence et Post Urgence Psychiatrique de l'Hôpital Lapeyronie à Montpellier,
- La Clinique Saint Vincent de Paul à Lyon
- La Clinique Saint-Yves à Rennes
- L'Unité des Troubles des Conduites Alimentaires du Centre Abadie à Bordeaux
- La clinique Korian Montpibat à Montfort-en-Chalosse dans les Landes
- Centre Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents de l'Elsau
- Unité d'Hospitalisation pour Adolescents Jury, Maison des Adolescents de Moselle
- Centre Hospitalier de Rouffach dans le Haut Rhin

- Centre Hospitalier Spécialisé de Psychiatrie à Strasbourg
- Centre Hospitalier Louis Pasteur à Colmar
- Service de Médecine Interne, Nutrition et Endocrinologie à l'Hôpital de Hautepierre à Strasbourg
- Unité Transversale de Nutrition, Service de Diabétologie-Nutrition, Centre Hospitalier Universitaire de Nancy
- Centre Référent TC3A du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes
- Pôle Psychiatrie Enfant Adulte, du Centre Médico Psychologique du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand
- Pôle Rheunnirs : Nutrition Clinique de l'Hôpital Gabriel Montpied du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand
- Clinique du Grésivaudan, à La Tronche dans l'Isère
- Pôle Tête Cou Endocrinologie, Service du Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne
- Centre de Nutrition Clinique Intensive de l'Hôpital de la Croix Rousse des Hospices Civils de Lyon
- Hôpital le Bocage du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon Bourgogne
- Service Endocrinologie Diabétologie Nutrition Métabolisme du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon
- Service Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon Bourgogne
- Service de Pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Guillaume Regnier à Rennes
- Pôle Pédopsychiatrie : Établissement Public de Santé Mentale du Morbihan
- Pôle Femme Mère Enfant, Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Bretagne Atlantique
- Clinique Saint-Yves à Rennes
- Service de Nutrition du Centre Hospitalier Privé Saint Grégoire à Rennes
- Service de Nutrition du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest

- Unité d'Hospitalisation des Adolescents du Centre Hospitalier Universitaire de Tours
- Clinique de l'Adolescence : Coordination Départementale en Psychologie, Centre Oreste, du Centre Hospitalier du Chinonais dans l'Indre et Loire
- Service de Diabétologie, Endocrinologie, Nutrition du Centre Hospitalier de Bourges
- Maison de Solenn, Maison des Adolescents à Paris Cochin
- Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à l'Hôpital Debré à Paris
- Service de Psychopathologie de l'Adolescent et de Jeune Adulte du Centre Hospitalier René Dubos à Cergy Pontoise
- Unité de Médecine pour Adolescents du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain en Laye
- Unité des Troubles du Comportement Alimentaire du Centre Hospitalier Saint Anne à Paris
- Clinique Ker Yonnec, Clinique Psychiatrique
- Nightingale Hospitals Paris, Clinique du Château, à Garches
- Service Psychiatrie et Addictologie de l'Hôpital Paul Brousse, Hôpitaux Universitaires Paris Sud
- Unité de Nutrition Troubles du Comportement Alimentaire de l'Hôpital Poincaré, Hôpitaux Universitaires, Paris Ile de France Ouest
- Unité Pédiatrie Médicale et Médecine de l'Adolescent du Centre Hospitalier Universitaire de Amiens Picardie
- Clinique Médico-Psychiatrique du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
- Unité Hospitalisation Troubles du Comportement Alimentaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille
- Clinique du Virval à Calais
- Clinique du Littoral à Rang du Fliers dans le Pas de Calais
- Maison de l'Adolescent au Havre

- Service Nutrition Clinique de l'Hôpital Charles Nicolle du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
- Service d'Addictologie et de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
- Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe du Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe
- Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif, Hôpitaux Pédiatriques de Nice, Centre Hospitalier Universitaire de Nice Lenval
- Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Pays d'Aix
- Centre Hospitalier Pierre Guérin à Pierrefeu du Gard
- Pôle Femme Mère Enfant du centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus / Saint-Raphaël
- Pôle Femme Enfant du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon, La Seine sur Mer
- Service de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition du Centre Hospitalier Universitaire de Nice
- Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques, Hôpital Sainte-Marguerite, Assistance Publique, Hôpitaux de Marseille
- Service de Pédiatrie Multidisciplinaire, Hôpital de la Timone, Assistance Publique, Hôpitaux de Marseille
- Unité de Pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Dax
- Centre Hospitalier des Pyrénées
- Centre Médico-Psychologique de l'Enfant-Adolescent de Poitiers
- Pôle Femme Mère Enfant du Centre Hospitalier de la Côte Basque
- Maison de l'Adolescent à Pau
- Centre Hospitalier de Tulle
- Centre de soins Dabanta
- Hôpital de jour Liberman, Centre Hospitalier Esquirol de Limoges

- Département Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent Saint-Eloi du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
- Pôle Psychiatrie : Troubles du Comportement Alimentaire, Thérapie cognitivo-comportementale, Troubles Anxieux, Hôpital Universitaire Carémeau de Nîmes
- Clinique Jean Sarrailh, à Aire sur l'Adour dans les Landes

3.2.2 Résultats de l'étude

Tous mes remerciements vont aux équipes sur le terrain qui ont permis la diffusion de ce questionnaire à savoir :

- Pr Patrick Ritz, chef du Service Nutrition et Maladies Métaboliques de l'Hôpital Larrey à Toulouse (31059 cedex 09)
- Dr Maude Sénèque et Dr Sébastien Guillaume du Service Urgence et Post Urgence Psychiatrique de l'Hôpital Lapeyronie à Montpellier (34295 cedex 05)
- Dr Anne-Marie Giraud de la Clinique Saint Vincent de Paul à Lyon (69373 cedex 08)
- Dr Maryse Dubois de la Clinique Saint-Yves à Rennes
- Mme Marion Bernetière : infirmière coordinatrice au Centre Référent des Troubles de Comportement Alimentaire de Lyon. Hospices Civils de Lyon, Groupement Hospitalier Est, Hôpital Femme-Mère-Enfant

Les réponses ont été obtenues en majorité par l'intermédiaire de la version papier, la version numérique n'ayant pas rencontré le succès attendu. Peut-être cela est-il dû à l'accès restreint aux ressources numériques des patients hospitalisés dans le cadre de leur anorexie-boulimie.

L'enquête a recueilli :

7 réponses via la version numérique

34 réponses via la version papier

3 réponses via version papier non exploitables

-FRÉQUENCE DES VOMISSEMENTS

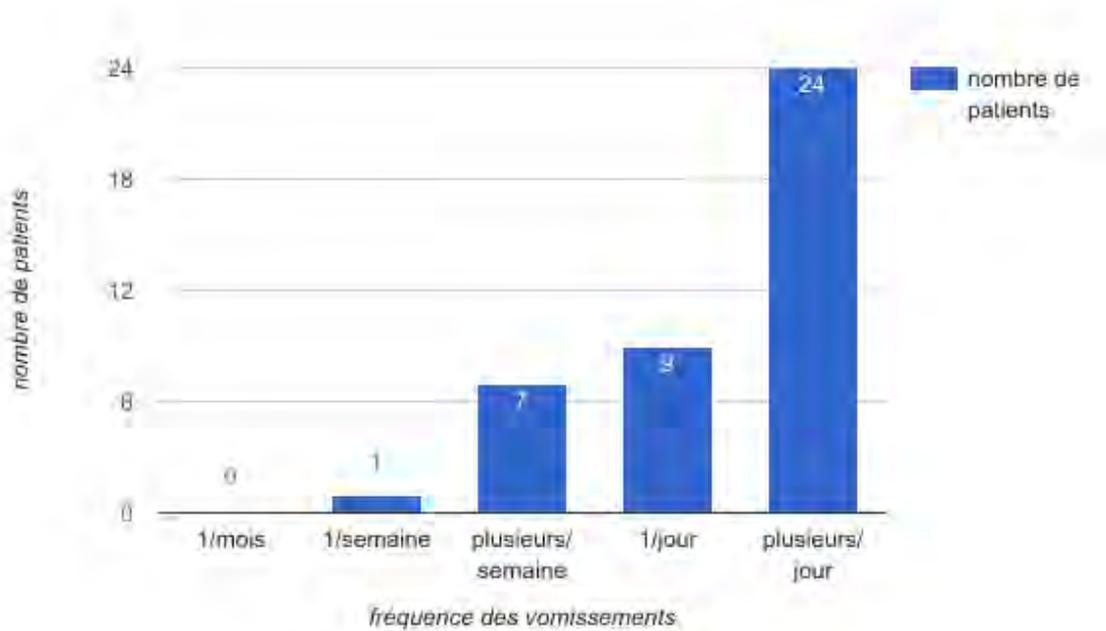


Figure 9 : Fréquence des vomissements chez les patients anorexiques boulimiques interrogés

Les résultats obtenus par notre étude, auprès des patients souffrant d'anorexie boulimie, montrent que les purges suivant les crises de boulimie sont très fréquentes chez plus de la moitié des patients interrogés.

En effet, 58.5% des patients vomissent plusieurs fois par jour.

21.9 % vomissent au moins une fois par jour.

17 % vomissent plusieurs fois par semaine.

Ces résultats sont ainsi le reflet d'une pathologie très sévère dont les conséquences sur la sphère orale ne peuvent être que très importants sans mise en place d'une politique d'informations et de prévention forte.

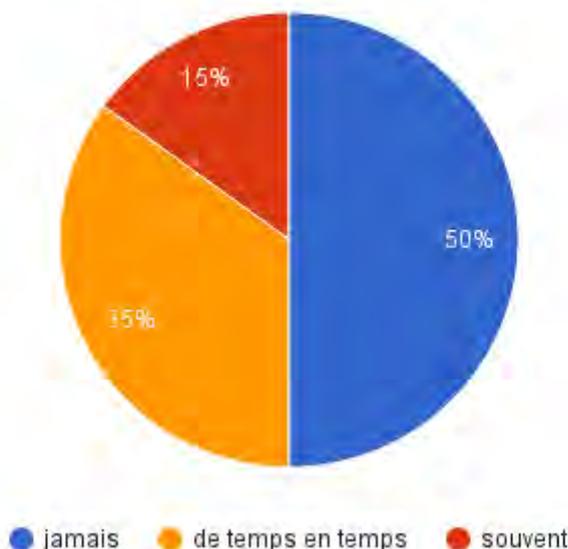
-CONSOMMATION DE JUS D'AGRUMES

Figure 10 : Consommation de jus d'agrumes chez les patients anorexiques boulimiques interrogés

La partie de notre étude portant sur les différentes consommations de boissons et d'aliments, des patients anorexiques boulimiques, montre : que la moitié d'entre eux consomment des jus d'agrumes (citrons, pamplemousses) de temps en temps ou souvent.

Ainsi un patient interrogé sur deux connaît un environnement buccal acide plus ou moins régulièrement.

-CONSOMMATION DE BOISSONS GAZEUSES NATURE

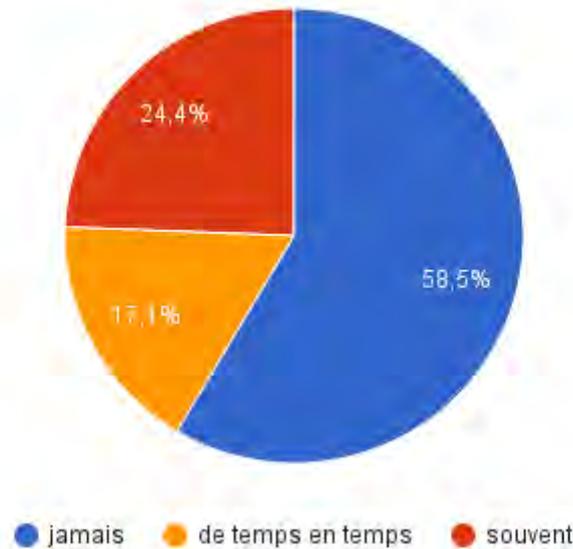


Figure 11 : Consommation de boissons gazeuses nature chez les patients anorexiques boulimiques interrogés

Les boissons gazeuses nature, type eau pétillante, ne sont consommées que de temps en temps ou souvent par un tiers des patients interrogés.

Ce type de boisson n'est pas consommé souvent et en grande quantité. Pourtant, les boissons gazeuses consommées souvent, induisent des ballonnements qui favorisent les vomissements. Cet effet serait souvent recherché chez les patients anorexiques boulimiques qui ressentent le besoin de se purger après leurs crises de boulimie.

Cependant les réponses à notre étude tendraient à infirmer les idées reçues quant au comportement alimentaire des anorexiques boulimiques.

En effet, les résultats montrent que :

- 58.5% des patients anorexiques boulimiques interrogés ne consomment jamais de boissons gazeuses nature.
- 17.1% en consomment de temps en temps
- 24.4% en consomment souvent

-CONSOMMATION DE BOISSONS SUCRÉES TYPE SODA

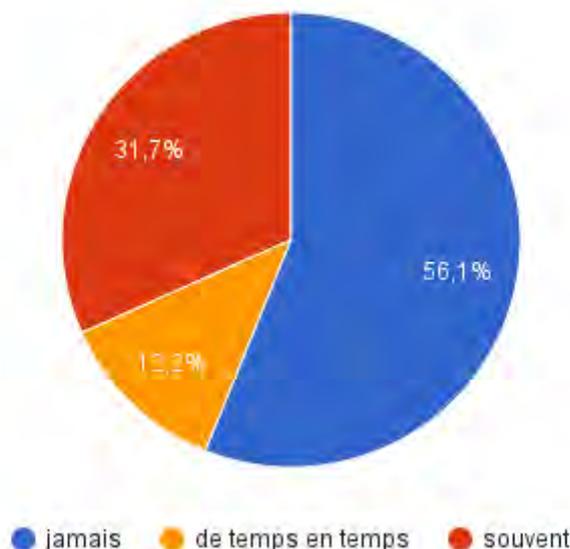


Figure 12 : Consommation de boissons gazeuses sucrées chez les patients anorexiques boulimiques interrogés

Concernant les boissons gazeuses sucrées cette fois ci, la consommation se rapproche de celle des boissons gazeuses nature.

Contrairement aux idées reçues, peu de patients consomment des sodas.

En effet les résultats montrent que :

- 56.1% d'en eux n'en consomment jamais
- 12.2% en consomment de temps en temps
- 31.7% en consomment souvent

Ainsi on peut penser que peu de patients recherchent le plaisir du goût sucré ou les ballonnements induits par la prise en grande quantité et qui favorisent la survenue de nausées.

-CONSOMMATION D'ALIMENTS SUCRÉS

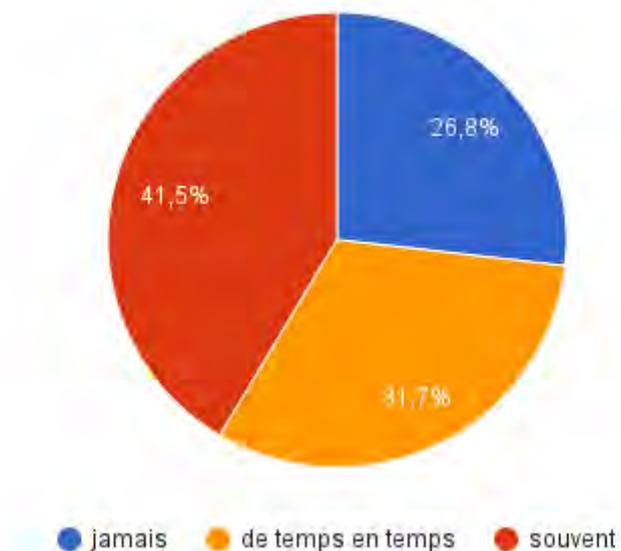


Figure 13 : Consommation d'aliments sucrés chez les patients anorexiques boulimiques interrogés

Si la consommation de boissons sucrées est très modérée, celle d'aliments sucrés (bonbons et autres gâteaux) se révèle être très importante pour plus de 40% des patients interrogés et être régulière pour un tiers d'entre eux.

Plus précisément le résultat de l'étude montre que :

- 41.5% des patients interrogés consomment souvent des aliments sucrés
- 31.7% d'entre eux n'en consomment que de temps en temps
- 26.8% n'en consomment jamais

-HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

-TYPE DE BROSSE A DENTS

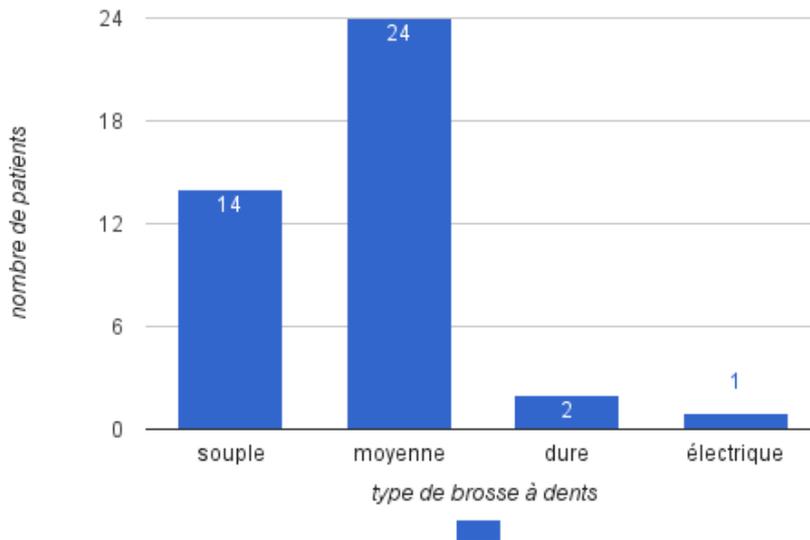


Figure 14 : Type de brosse à dents utilisé par les patients anorexiques boulimiques interrogés

Lorsque les patients sont interrogés sur leur hygiène bucco-dentaire, quasi 60% d'entre eux disent utiliser une brosse à dents à poils moyens quand seulement presque 35% utilisent une brosse à dents à poils souples.

Ceci tend à nous faire penser que l'information réalisée auprès des patients n'est pas satisfaisante puisque les conseils en hygiène bucco-dentaire aujourd'hui préconisent l'utilisation d'une brosse à dents à poils souples.

Nous pouvons également supposer qu'une action de prévention généralisée auprès de ces patients peut avoir un intérêt dans le développement de l'utilisation d'une brosse à dents à poils souples.

L'information doit donc être donnée aux patients mais aussi aux professionnels de santé qui les encadrent. En effet, ces derniers ont besoin d'un socle de connaissances suffisant pour transmettre une information et participer efficacement à des actions de prévention auprès du public anorexique boulimique.

-NOMBRE DE BROSSAGES PAR JOUR

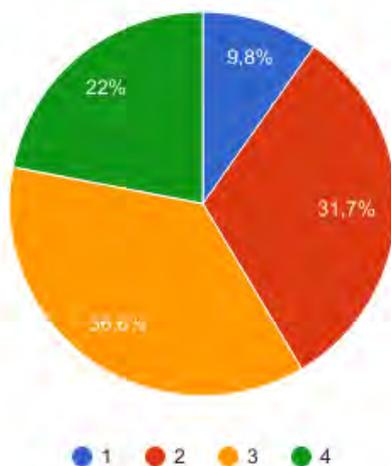


Figure 15 : Fréquence des brossages chez les patients anorexiques boulimiques interrogés

Concernant la fréquence des brossages, les patients souffrant d'anorexie boulimie se brossent les dents :

- 1 fois par jour pour 9.8% d'entre eux
- 2 fois par jour pour 31.7% d'entre eux
- 3 fois par jour pour 36.6% d'entre eux
- 4 fois par jour et plus pour 22% d'entre eux

Notons ainsi que les patients sont particulièrement assidus au brossage, voire même très assidus pour un quart d'entre eux qui dépassent les 3 brossages par jour conseillés par les professionnels de santé. Si nous analysons de plus près les 22% de patients qui se brossent au moins 4 fois les dents par jour, nous pouvons remarquer que :

- 88.9% d'entre eux consomment de temps en temps ou souvent des aliments sucrés
- 77.8% d'entre eux vomissent plusieurs fois par jour

Ainsi, cela nous laisse à penser qu'une fréquence de brossages élevée est corrélée à la fréquence des vomissements et à la fréquence des prises alimentaires sucrées.

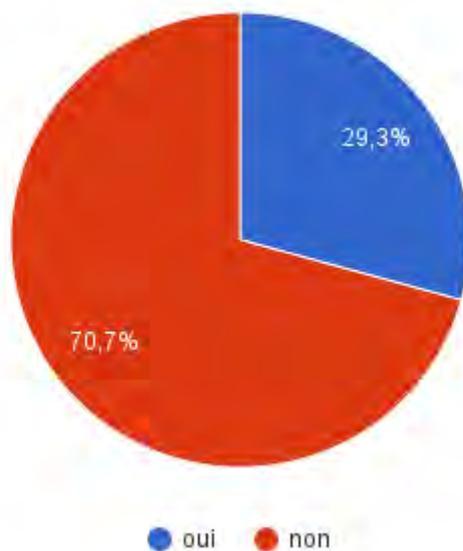
-UTILISATION D'UN DENTIFRICE RENFORCÉ EN FLUOR

Figure 16 : Utilisation d'un dentifrice renforcé en fluor chez les patients anorexiques boulimiques interrogés

Les patients souffrant d'anorexie boulimie répondent par la négative pour 70% d'entre eux quant à l'éventuelle utilisation d'un dentifrice renforcé en fluor. Le dentifrice renforcé en fluor est normalement la première étape pour renforcer leur émail particulièrement fragilisé. Un manque d'action de prévention à ce sujet est peut-être la cause de ce résultat.

-FRÉQUENCE DES RENDEZ-VOUS CHEZ LE DENTISTE

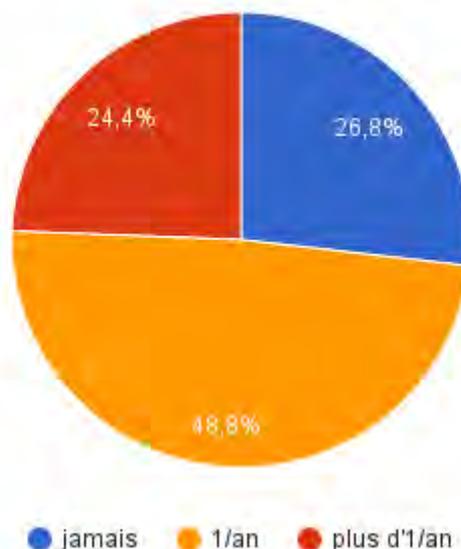


Figure 17 : Fréquence des rendez-vous chez le chirurgien-dentiste pour les patients anorexiques boulimiques interrogés

Concernant les résultats obtenus quant à la fréquence des rendez-vous chez le chirurgien-dentiste pour les patients anorexiques boulimiques, il est intéressant de noter que :

- 26.8% des patients anorexiques boulimiques ne vont jamais chez le dentiste
- 48.8% d'entre eux consultent une fois par an
- 24.4% d'entre eux se rendent chez un chirurgien-dentiste plus d'une fois par an.

Ainsi 73.2% des patients interrogés ne consultent pas assez le chirurgien-dentiste puisque ces patients-là sont une population particulièrement à risque. Ils ont donc besoin de se rendre chez un chirurgien-dentiste au minimum deux fois par an.

Une action de prévention auprès de ces patients permettrait de faire diminuer ce pourcentage, et ainsi faire prendre conscience aux patients des conséquences de leur pathologie sur la sphère orale et de l'importance du chirurgien-dentiste dans la prise en charge de leur pathologie.

En effet chez les patients anorexiques boulimiques, le risque carieux est plus élevé et d'autres conséquences s'ajoutent à ces caries au niveau des dents et des muqueuses. Le risque de perte prématurée des dents est plus élevé. Ainsi les patients se retrouvent avec des dents absentes, des dents fragilisées, qui se cassent, s'ébrèchent, se carient, qui développent des lésions cervicales non carieuses...

Un problème esthétique, fonctionnel et relationnel se pose. La qualité de vie en est ainsi impactée.



Figure 18 : Photo du Dr Ronan Barré : conséquences globales de l'anorexie boulimie

-LE GESTE BUCCO-DENTAIRE APRÈS AVOIR VOMI

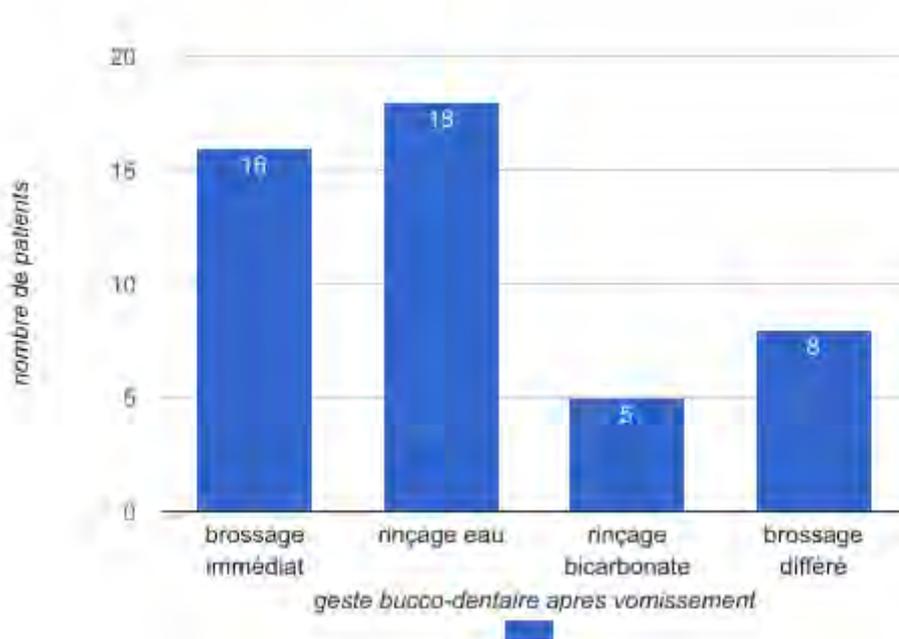


Figure 19 : Geste bucco-dentaire après vomissement chez les patients anorexiques-boulimiques interrogés

L'information principale à retenir de cette partie du questionnaire est le très faible pourcentage de patients à pratiquer le brossage différé après avoir vomi comparé au pourcentage de patients pratiquant le brossage immédiat.

Ainsi 40% des patients interrogés se brossent les dents immédiatement après avoir vomi quand seulement 20% pratiquent un brossage différé.

Deux groupes de patients se détachent de cette étude concernant la question de la gestion de la sphère orale après un vomissement : ceux qui se brossent immédiatement les dents et ceux qui se rincent la bouche à l'eau ou au bicarbonate. Ce dernier groupe associe pour certains le rinçage avec un brossage différé.

Nous pouvons donc relever de cette étude qu'une partie de la population souffrant d'anorexie boulimie est informée de la bonne conduite bucco-dentaire à tenir mais elle ne constitue que moins de la moitié des personnes interrogées. L'action de prévention doit donc être généralisée et plus complète sur l'ensemble du comportement bucco-dentaire à adopter :

mouvement du brossage, type de brosse à dents à utiliser, utilisation ou non d'un bain de bouche.

Le corps médical prenant en charge les patients anorexiques-boulimiques au sein de structures privées ou publiques ont besoin d'outils pour pouvoir communiquer autour de la santé bucco-dentaire, mais aussi d'une formation qui les familiarise avec la problématique de la santé bucco-dentaire chez les patients anorexiques boulimiques.

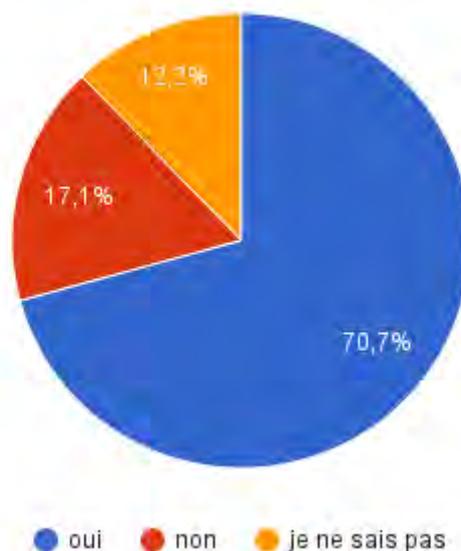
-CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES DE L'ANOREXIE BOULIMIE**-CONNAISSANCE DE LA NOTION D'ÉROSION**

Figure 20 : Connaissance de la notion d'érosion

L'érosion, qui est la première conséquence des crises de purge (très fréquentes chez les patients anorexiques boulimiques comme nous avons pu le voir avec la première question de notre étude), est une caractéristique de l'anorexie boulimie bien connue par les patients :

- 70.7% des patients interrogés disent connaître l'érosion comme conséquence de leur pathologie
- 17.1% d'entre eux disent ne pas penser que l'érosion puisse être une conséquence de leur pathologie
- 12.2% d'entre eux répondent ne pas connaître ce terme

-CONNAISSANCE DE LA NOTION D'ABRASION

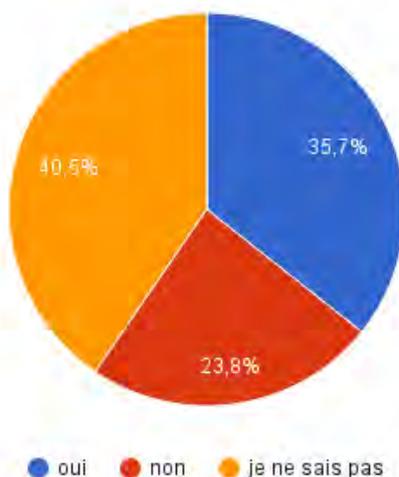


Figure 21 : Connaissance de la notion d'abrasion

A la question, savez-vous que l'anorexie boulimie peut avoir l'abrasion de vos dents pour conséquence, les patients interrogés ont répondu pour :

- 35.7% : oui.

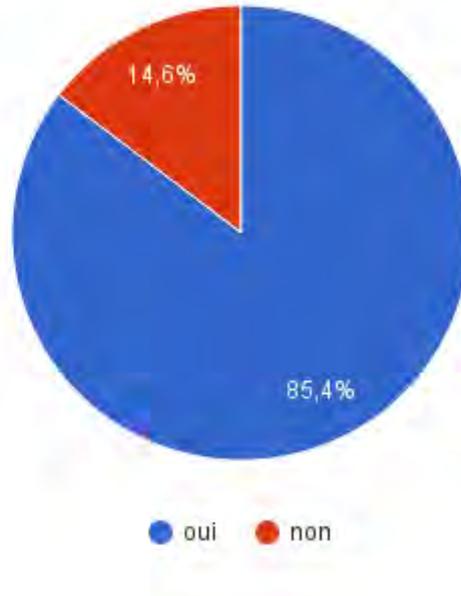
- 23.8% : non.

- et enfin pour 40.5% d'entre eux, l'abrasion était un terme inconnu. Ils ne savent pas ce qu'est l'abrasion et ainsi encore moins que leurs dents peuvent être touchées par cette forme d'agression des tissus durs de leur bouche.

Or l'abrasion, chez les patients associant des vomissements répétés, un brossage très fréquent et une brosse à dents à poils moyens, est une conséquence fréquente observée chez les patients anorexiques boulimiques.

Le risque de présenter des signes d'abrasion en bouche est augmenté dans cette population.

Notons, qu'à ce niveau-là, les connaissances de la population concernée sont limitées et peuvent donc être largement améliorées par une information simple et pratique délivrée dans le service de prise en charge par le personnel soignant (aide-soignant, infirmier, diététicien, nutritionniste...).

-CONNAISSANCE DES CARIES**Figure 22 : Connaissance des caries**

On note que 85.4% des patients anorexiques boulimiques interrogés connaissent les caries comme conséquences de leur pathologie quand 14.6% ne font pas d'association entre le développement de carie et leur anorexie boulimie.

La carie est un terme très commun dans le langage courant, que les anorexiques boulimiques associent très fortement (85%) à leur pathologie. Pourtant la carie n'est pas la conséquence principale des vomissements à répétition. La carie est une conséquence secondaire de cette pathologie, due éventuellement à des traitements médicamenteux généraux associés, à une mauvaise hygiène ou un manque de soins.

**-CONNAISSANCE DE LA NOTION D'HYPERTROPHIE DES GLANDES
PAROTIDES**

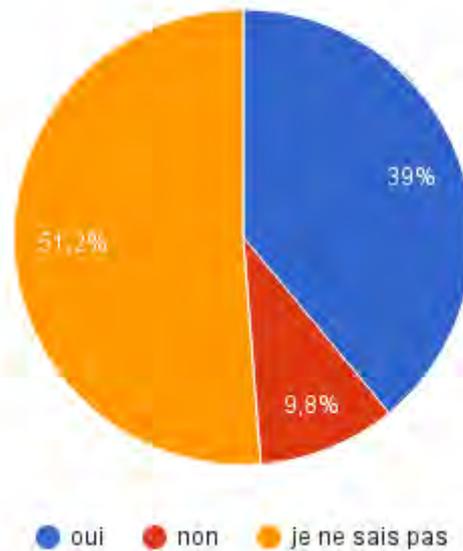


Figure 23 : Connaissance de la notion d'hypertrophie des glandes parotides

Les résultats nous montrent que :

- 39% des patients interrogés associent l'anorexie boulimie à une hypertrophie des glandes parotides
- 9.8% répondent ne pas voir d'association entre les deux
- 51.2% disent ne pas connaître ce terme

L'hypertrophie des glandes parotides est connue par 39% des patients interrogés. Nous pouvons nous demander si ce pourcentage de patients souffre lui-même de cette pathologie. Les deux tiers restants ne connaissent pas ce terme ou bien ne pensent pas que leur pathologie puisse avoir ce type de conséquence.

-AVEZ-VOUS ÉTÉ SENSIBILISÉ À LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE LORS DE VOTRE PRISE EN CHARGE MÉDICALE ?

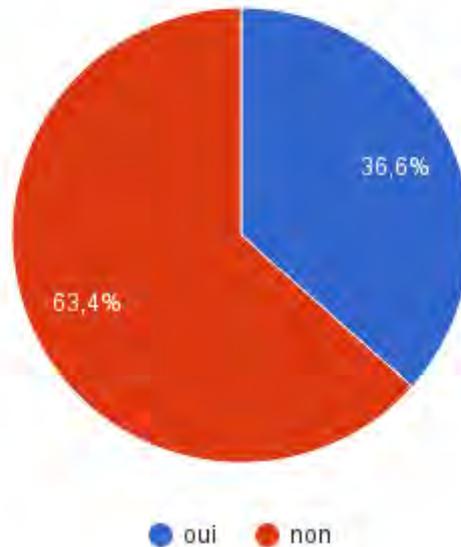


Figure 24 : Sensibilisation à la prévention bucco-dentaire lors de la prise en charge médicale des patients anorexiques boulimiques interrogés

Tous les patients interrogés sont suivis au sein d'une institution privée ou publique, où ils sont pris en charge pour traiter leur anorexie boulimie. Ils sont donc entourés quotidiennement par le corps médical tout au long de leur prise en charge.

Pourtant 63.4% des patients interrogés disent ne pas avoir reçu d'information quant à la santé bucco-dentaire, la prévention des conséquences bucco-dentaires de l'anorexie boulimie, ou encore les gestes d'hygiène bucco-dentaire à pratiquer.

Cela montre que le corps médical ou les professionnels de santé ne donnent pas d'informations sur le sujet à leurs patients ou bien qu'ils ne sont pas formés à cette problématique ou encore que l'information qu'ils délivrent n'est pas assez claire pour être mémorisée et comprise en tant qu'action de prévention.

**-SOUHAITERIEZ-VOUS PLUS D'INFORMATIONS QUANT À LA
PREVENTION BUCCO-DENTAIRE ?**

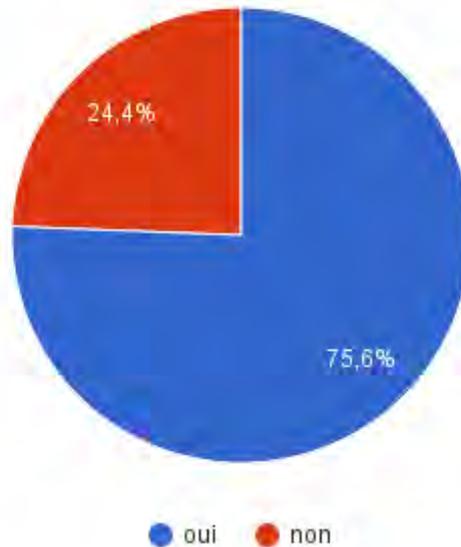


Figure 25 : Souhait quant à une information sur la prévention bucco-dentaire

Pour conclure cette étude, les patients ont été interrogés quant à leur souhait, leur envie, leur besoin d'informations sur la santé bucco-dentaire, de prévention bucco-dentaire.

Parmi les patients interrogés :

- 75.6% d'entre eux souhaitent être sensibilisés à la prévention bucco-dentaire.
- 24.4% des patients interrogés disent ne pas souhaiter plus d'informations quant à la prévention bucco-dentaire.

Parmi ces personnes qui ne souhaitent pas plus d'informations :

- 50% d'entre eux utilisent une brosse à dents à poils moyens
- 80% d'entre eux n'utilisent pas de dentifrice renforcé en fluor
- 70% d'entre eux ne fréquentent pas assez régulièrement un chirurgien-dentiste (une fois par an ou jamais)
- 50% d'entre eux se brossent immédiatement les dents après avoir vomi

- 50% d'entre eux ne pratiquent qu'un rinçage de bouche à l'eau après avoir vomi

- 40% d'entre eux disent avoir reçu une information de prévention bucco-dentaire lors de leur prise en charge médicale

Ainsi les patients ne souhaitant pas d'informations quant à la prévention bucco-dentaire sont certes minoritaires, mais pour 40% d'entre eux, ont reçu une information lors de leur prise en charge

Malgré cette information, ces patients-là n'ont pas les bons comportements, n'utilisent pas le bon matériel et n'ont pas été orientés vers un chirurgien-dentiste.

Ainsi cela nous laisse penser que :

- Soit les informations de prévention bucco-dentaire données aux patients anorexiques boulimiques lors de leur prise en charge médicale ne sont pas assez claires et compréhensibles.

- Soit les patients ne sont pas dans une dynamique d'écoute lors de ces sessions de prévention.

Ces données confirment la direction de notre travail et la création d'une affiche. En effet nous pouvons penser qu'une affiche claire, imagée, colorée facilitera la diffusion d'une information de prévention auprès des patients anorexiques boulimiques

On peut également espérer toucher un pourcentage de la population malade plus grand et de façon plus claire et efficace.

3.2.3 Analyse des résultats de l'étude

L'étude pilote menée dans différents centres de prise en charge des patients souffrant d'anorexie boulimie nous donne comme image globale :

- Une population sujette à des vomissements très fréquents,
- Une consommation de boissons acides, gazeuses sucrées ou non, de façon modérée,
- Une consommation d'aliments sucrés plutôt importante,
- L'utilisation majoritaire d'une brosse à dents à poils moyens,
- Un brossage deux à trois fois par jour en moyenne,
- Peu de sensibilisation à l'utilisation d'un dentifrice renforcé en fluor,
- Peu de sensibilisation à l'utilisation de bain de bouche après avoir vomi, et à l'intérêt du brossage différé,
- Une bonne connaissance de l'érosion et des caries comme conséquences possibles de leur pathologie,
- L'ignorance des notions d'abrasion et d'hypertrophie des glandes parotides,
- Une faible sensibilisation à la prévention de la santé bucco-dentaire lors de leur prise en charge médicale,
- Des patients en demande de conseils concernant la protection de leur santé buccale.

Ainsi nous pouvons mettre en lumière, un manque d'informations données aux patients vis-à-vis de la protection de leur santé bucco-dentaire, que ce soit en terme de matériel à utiliser, de conduite à tenir, ou encore de la connaissance de leur pathologie et de ses conséquences sur la sphère orale.

Cependant la plupart des patients sont en demande.

Lors de leur prise en charge, dans les services spécialisés, une information simple et claire peut leur être délivrée en consultation ou autour d'ateliers par des professionnels de santé non chirurgiens-dentistes (aide-soignant, infirmier, nutritionniste).

Nous avons travaillé sur un message de prévention sous forme d'affiche qui pourrait être affichée dans les salles d'attente.

L'affiche (développée en page 60) peut permettre d'informer le patient dès la salle d'attente mais aussi d'être un support de communication entre le patient et le professionnel de santé.

Tout ce travail de communication, d'information, de prévention pourra être suivi d'une orientation de ces patients vers un chirurgien-dentiste.

3.3 CONSEILS DE PRÉVENTION

Afin de prévenir les conséquences bucco-dentaires de l'anorexie boulimie, nous proposons six conseils d'hygiène bucco-dentaire simples à mettre en œuvre par les patients en coopération avec leur chirurgien-dentiste. Ces conseils sont à appliquer après les vomissements.

Il existe deux types de luttres contre le pH trop acide présent en bouche chez les patients anorexiques boulimiques : les luttres chimiques et celles mécaniques. Nous allons développer les luttres chimiques comme l'utilisation de bain de bouche ou la supplémentation en fluor mais aussi les luttres mécaniques comme un brossage approprié, l'utilisation de gouttière de protection ou encore mâcher un chewing-gum.⁴

3.3.1 Eviter le brossage immédiat :

Il est recommandé de ne pas se brosser les dents immédiatement après avoir vomi pour :

-éviter d'appliquer l'acide présent en bouche sur l'ensemble des surfaces dentaires et des muqueuses.

-éviter toute interaction chimique entre l'acide des régurgitations et le fluor du dentifrice.

3.3.2 Utiliser un bain de bouche

Afin de nettoyer la bouche en douceur, il est recommandé de se rincer la bouche à l'eau claire, ou encore mieux grâce à un bain de bouche au bicarbonate de sodium après avoir vomi.

Le bicarbonate de sodium, NaHCO_3 :

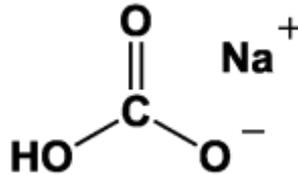


Figure 26 : Formule chimique du bicarbonate de calcium⁸

Le bicarbonate de sodium ou hydrogénocarbonate de sodium se présente sous la forme d'une poudre blanche à dissoudre dans l'eau. Il participe à la régulation du pH dans la nature mais également dans le corps humain. Il joue un rôle de tampon de l'acidité.

Il permet donc de lutter contre l'érosion en diminuant la période durant laquelle la bouche baigne dans un milieu au pH acide, et donc période durant laquelle l'émail des dents est fragilisé.³

Nous savons aujourd'hui que l'utilisation de bains de bouche antiacide réduit de façon significative l'érosion. (Messias et al 2010²³/ Turssi et al 2012³¹).

Référons-nous à la courbe de Stéphan (figure 26) :

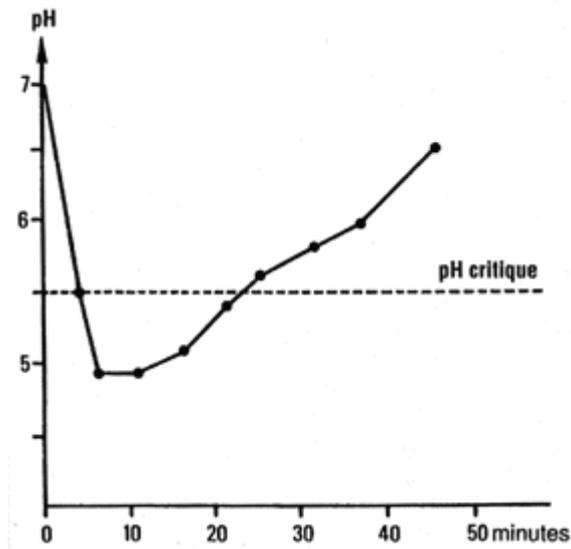


Figure 27 : Courbe de Stéphan²⁵

Le pH de la bouche au repos se situe aux alentours de 7.

Quelques minutes après avoir été en contact avec une solution de glucose à 10%, le pH de la bouche passe de 7 (un milieu neutre dans lequel l'émail des dents est protégé) à 5.

Le pH de la bouche est alors inférieur au pH critique qui est de 5.5, pH à partir duquel l'hydroxyapatite de l'émail commence à être dissout.

Une fois l'apport alimentaire fini, le pH remonte doucement pour dépasser la zone critique en 20 minutes et atteindre son niveau initial en 40 minutes.

Ainsi suite à un vomissement, le pH buccal baisse pour atteindre une zone dite de déminéralisation, qui se situe autour de 5.

Un rinçage de la bouche à l'eau ou avec un bain de bouche au bicarbonate de sodium, permet de réduire ce laps de temps et donc diminuer la période durant laquelle l'émail est confronté à un pH déminéralisant.

3.3.3 Réaliser un brossage différé

Il est conseillé aux patients anorexiques boulimiques d'attendre 20 minutes après avoir vomi avant de se laver les dents.

Le brossage doit être réalisé grâce à une brosse à dents à poils souples ou avec une brosse à dents électrique avec contrôle de pression. Il est recommandé de se brosser les dents deux à trois fois par jour pendant trois minutes. La méthode de brossage selon la méthode Bass modifiée est la méthode recommandée aujourd'hui. Elle nécessite de poser sa brosse à dents à 45 degrés au niveau de la gencive et brosser vers la dent. Il faut répéter ce mouvement sur l'ensemble de la bouche en allant toujours de la gencive vers la dent.

Comme dit précédemment, il faut attendre que le pH buccal repasse au-dessus du seuil critique pour pouvoir se brosser les dents dans un environnement favorable, donc cela correspond à une vingtaine de minutes.

3.3.4 Utiliser une gouttière de protection

L'utilisation de gouttière de protection a une action purement mécanique. Réalisée par le chirurgien-dentiste, elle doit s'adapter aux deux arcades. Elles sont placées en bouche par le patient juste avant de vomir afin d'éviter tout contact entre les régurgitations et les surfaces dentaires, et se retirent après.



Figure 28 : Gouttière de protection²⁷

3.3.5 Supplémentation locale en fluor

Une supplémentation locale en fluor peut être conseillée aux patients souffrants d'anorexie boulimie avec des phases de vomissements répétés. En effet, de par le contact très régulier de l'acide gastrique avec les surfaces dentaires, l'émail des dents est attaqué comme lors d'un mordançage. Il est fragilisé, les tubulis dentinaires sont exposés, une sensibilité dentaire accrue apparaît.

Une supplémentation systémique en fluor n'est plus aujourd'hui en rigueur pour prévenir les risques carieux élevés, la supplémentation topique seule est recommandée.

Afin de minimiser l'avancée de la destruction des prismes d'émail, une application de fluor au contact direct de l'émail est recommandée.

Plusieurs méthodes de supplémentation en fluor sont possibles :

- utilisation d'un dentifrice renforcé en fluor : les dentifrices pour adultes classiques contiennent 1400ppm de fluor, les dentifrices renforcés en fluor en contiennent 2500. Ainsi une plus grande quantité de fluor est mise au contact des dents.
- utilisation de bain de bouche fluoré : à utiliser après chaque brossage en bain de bouche pendant 30 secondes à une minute.
- application de vernis fluorés : sur dents propres et sèches, le chirurgien-dentiste applique un vernis fluoré. Le patient devra s'abstenir de boire pendant 2 heures suivant l'application et de manger ou de se laver les dents dans les 4 heures suivant le soin. Cette application est renouvelée deux fois par an.
- gouttière de fluoration : une gouttière en résine est réalisée par le chirurgien-dentiste, adaptée aux arcades supérieure et inférieure. Une solution fluorée sous forme de gel est déposée à l'intérieur des gouttières et mise en place en bouche. En fonction des concentrations en fluor des gels prescrits par le chirurgien-dentiste, les gouttières seront gardées en bouche plus ou moins longtemps chaque jour.¹

Les produits les plus utilisés sont :

- Fluocaryl Bi-Fluoré 2000® en gel : 20000 ppm de fluor
- Fluodontyl 1350mg® en pâte dentifrice : 13500ppm de fluor

3.3.6 Utilisation de chewing-gum

L'utilisation d'un ou deux chewing-gum sans sucre par jour est recommandée par l'UFSBD afin de favoriser la sécrétion salivaire qui se trouve diminuée (à cause des traitements médicamenteux la plupart du temps) chez les patients qui souffrent de vomissements répétés.¹⁰ Il est recommandé de les mâcher après les repas.¹⁷

3.4 AFFICHE

Afin de synthétiser le travail de cette thèse sur les conséquences de l'anorexie boulimie et les conseils simples d'hygiène bucco-dentaire pour les prévenir, la création d'une affiche s'est imposée.

Je remercie Mme Hautot pour son aide dans la réalisation technique et artistique de l'affiche.

Cette affiche est à destination des salles d'attentes des centres accueillant des patients anorexiques boulimiques.

Cette affiche est librement inspirée d'affiches de prévention médicales ou paramédicales et d'affiches utilisées dans le domaine de l'enfance.

Les six conseils exposés précédemment y sont résumés de façon claire, colorée, chronologique.

Les conséquences de l'anorexie boulimie développées dans la première partie de ce travail y sont notées, afin d'ouvrir un dialogue entre le patient et le praticien.

Cette affiche a pour but d'informer les patients, de les interroger sur leur pathologie et ses conséquences, de leur donner des conseils simples, de les rendre curieux par rapport aux solutions que l'on peut leur proposer.

Cette affiche a aussi pour but d'être un lien entre le patient et le professionnel de santé non chirurgien-dentiste qui va encadrer sa prise en charge médicale, d'être un support pour engager une conversation, d'être un premier pas dans la démarche de prévention bucco-dentaire.

6 conseils d'hygiène bucco-dentaire pour préserver sa santé buccale face à l'anorexie boulimie



1

Ne pas se brosser les dents directement après avoir vomi



2

Se rincer la bouche à l'eau ou avec un bain de bouche au bicarbonate après avoir vomi



3

Attendre 20 minutes après avoir vomi pour se brosser les dents avec une brosse à dents à poils souples



4

Mettre en place une gouttière de protection (lors des vomissements pour éviter le contact des régurgitations avec les dents) faite chez votre dentiste traitant



5

Pour renforcer l'émail, utiliser des gouttières de fluoruration ou des gels fluorés prescrits par votre dentiste traitant



6

Vous pouvez utiliser 1 ou 2 chewing-gum sans sucre par jour pour stimuler la production salivaire

Effets de l'anorexie boulimie sur la bouche

érosion, abrasion, caries dentaires, hypertrophies salivaires, inflammation des tissus entourant la dent (gingivite/parodontite)

DEMANDEZ CONSEIL AU CHIRURGIEN DENTISTE ET MÉDECIN TRAITANT

CONCLUSION

L'anorexie boulimie est une pathologie psychiatrique qui est très présente dans la population occidentale, puisqu'un jeune entre 15 et 25 ans sur 100 est touché. Les patients anorexiques boulimiques sont en recherche de contrôle de leur apparence par le biais de la restriction alimentaire, du sport excessif, etc..., afin d'obtenir et de conserver un poids très faible. Mais ces patients sont également sujets à des crises d'hyperphagie, pendant lesquelles ils perdent le contrôle d'eux-mêmes quant à leur alimentation. Ils procèdent alors à des purges par vomissements ou prises de laxatifs ou diurétiques pour ne pas prendre de poids et rester maîtres de leur apparence.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux conséquences de cette pathologie sur la cavité buccale. La sphère orale est touchée par les conséquences générales de l'anorexie boulimie, à savoir l'anémie, la thrombopénie ou encore les carences vitaminiques qui sont à l'origine de muqueuses pâles, de purpura, de bulles hémorragiques, de parodontopathies...

L'anorexie boulimie est aussi à l'origine de conséquences plus locales au niveau de la bouche. Les vomissements répétés sont responsables de marque d'érosion, d'un taux de caries élevé, d'hypertrophie des glandes parotides. Les brossages fréquents associés aux vomissements peuvent donner des marques d'abrasion. Les traitements associés à cette pathologie provoquent régulièrement une hyposialie.

Ainsi cette pathologie connaît de très importants retentissements au niveau de la sphère orale.

Nous avons voulu réaliser une étude, pour connaître les comportements alimentaires, les habitudes en terme d'hygiène bucco-dentaires mais aussi les connaissances des patients vis-à-vis de leur pathologie et de ses conséquences bucco-dentaires. Cette étude a été réalisée auprès de patients pris en charge dans des centres spécialisés. Ils ont répondu à un questionnaire disponible en version papier et en version numérique de façon anonyme.

Ainsi nous avons pu établir un état des lieux : les patients anorexiques boulimiques connaissent des vomissements très fréquents, consomment peu de boissons gazeuses mais beaucoup d'aliments sucrés. Ces patients connaissent peu les conséquences de leur pathologie sur leur cavité buccale, connaissent peu les méthodes d'hygiène recommandées,

le matériel à utiliser et fréquentent peu les chirurgiens-dentistes. Ils sont peu sensibilisés à la prévention bucco-dentaire mais sont en demande d'informations.

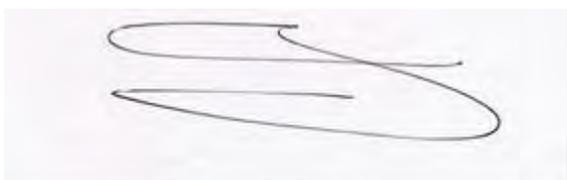
Cette étude a mis en lumière les carences en terme de prévention bucco-dentaire auprès de cette population à risque.

Notre travail se justifie donc par ces lacunes, qui se révèlent aussi bien chez les patients, que chez les professionnels de santé.

Les résultats de cette étude nous ont conduit à créer une affiche de prévention, reprenant les conséquences les plus fréquentes de l'anorexie boulimie sur la sphère orale et les conseils d'hygiène bucco-dentaire pour les prévenir.

Cette affiche, librement inspirée d'affiches médicales et paramédicales, est destinée aux patients mais aussi aux professionnels de santé qui les prennent en charge. Elle a pour vocation de transmettre un message de prévention, d'être un support de communication entre les patients et le corps médical, de susciter la curiosité chez les patients vis-à-vis de leur pathologie.

La directrice de thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' shape with a horizontal line through it, followed by a long, sweeping tail.

La présidente du Jury

A handwritten signature in black ink, featuring a large, circular initial followed by several connected, cursive letters.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Diagramme Indice de Masse Corporelle	16
Figure 2 : Silhouettes Indice de Masse Corporelle ¹¹	16
Figure 3 : Purpura et bulles hémorragiques sur la muqueuse palatine ¹²	19
Figure 4 : Photo du Dr Bonin : Erosion palatine	21
Figure 5 : Photo Dr Bonin : vue vestibulaire de la figure 4	22
Figure 6 : Photo du Dr Bonin : Erosion vestibulaire	22
Figure 7 : Photo du Dr Pierre Colon : abrasion ¹⁴	23
Figure 8 : Photo d'hypertrophie des glandes parotides ⁹	25
Figure 9 : Fréquence des vomissements chez les patients anorexiques boulimiques interrogés	35
Figure 10 : Consommation de jus d'agrumes chez les patients anorexiques boulimiques interrogés.....	36
Figure 11 : Consommation de boissons gazeuses nature chez les patients anorexiques boulimiques interrogés.....	37
Figure 12 : Consommation de boissons gazeuses sucrées chez les patients anorexiques boulimiques interrogés.....	38
Figure 13 : Consommation d'aliments sucrés chez les patients anorexiques boulimiques interrogés.....	39
Figure 14 : Type de brosse à dents utilisé par les patients anorexiques boulimiques interrogés	40
Figure 15 : Fréquence des brossages chez les patients anorexiques boulimiques interrogés	41
Figure 16 : Utilisation d'un dentifrice renforcé en fluor chez les patients anorexiques boulimiques interrogés.....	42
Figure 17 : Fréquence des rendez-vous chez le chirurgien-dentiste pour les patients anorexiques boulimiques interrogés	43
Figure 18 : Photo du Dr Ronan Barré : conséquences globales de l'anorexie boulimie	44
Figure 19 : Geste bucco-dentaire après vomissement chez les patients anorexiques- boulimiques interrogés.....	45
Figure 20 : Connaissance de la notion d'érosion	47
Figure 21 : Connaissance de la notion d'abrasion.....	48

Figure 22 : Connaissance des caries	49
Figure 23 : Connaissance de la notion d'hypertrophie des glandes parotides	50
Figure 24 : Sensibilisation à la prévention bucco-dentaire lors de la prise en charge médicale des patients anorexiques boulimiques interrogés	51
Figure 25 : Souhait quant à une information sur la prévention bucco-dentaire	52
Figure 26 : Formule chimique du bicarbonate de calcium ⁸	56
Figure 27 : Courbe de Stéphan ²⁵	57
Figure 28 : Gouttière de protection ²⁷	58

BIBLIOGRAPHIE

1. 13-2c-approche ultraconservatrice du traitement des lésions.pdf.
<http://www.speps.pro/images/speps/evenements/13-2c-approche%20ultraconservatrice%20du%20traitement%20des%20lésions.pdf>.
2. AFDAS-TCA - Qu'est-ce qu'un TCA ? <http://www.anorexiebulimie-afd.fr/accueil/qu-est-ce-qu-un-tca>.
3. Alves M do SC, Mantilla TF, Bridi EC, et al. Rinsing with antacid suspension reduces hydrochloric acid-induced erosion. *Arch Oral Biol.* 2016;61:66-70.
doi:10.1016/j.archoralbio.2015.10.014.
4. Anorexia and bulimia and the effects on your teeth | South Florida Eating Disorder Treatment Center. <http://www.milestonesprogram.org/anorexia-and-bulimia-and-the-effects-on-your-teeth/>.
5. Anorexie mentale. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>.
6. Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire - Anorexie mentale et boulimie - Association Autrement. <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-114-anorexie-mentale-et-boulimie.htm>.
7. Anorexie-Boulimie : troubles du comportement alimentaire. <http://www.docteur-guerre.com/pathologies/anorexie/boulimie.html>.
8. Bicarbonate de sodium - Société Chimique de France.
<http://www.societechimiquedefrance.fr/bicarbonate-de-sodium.html>.
9. Buchanan JA, Fortune F. Bilateral parotid enlargement as a presenting feature of bulimia nervosa in a post-adolescent male. *Postgrad Med J.* 1994;70(819):27-30.
10. Buzalaf Mar, Hannas Ar, Kato Mt. Saliva and dental erosion. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(5):493-502. doi:10.1590/S1678-77572012000500001.
11. Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) - indice de Quételet.
<http://www.scientificpsychic.com/health/indice-de-masse-corporelle.html>.

12. Chi AC, Neville BW, Krayner JW, Gonsalves WC. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2010;82(11):1381-1388.
13. cim10_2015_final_0.pdf.
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf.
14. Comprendre et traiter les lésions d'usure - Journée Formation - 22 mars 2012 - SOP.
<http://www.sop.asso.fr/les-journees/calendrier/comprendre-et-traiter-les-lesions-dusure>.
15. DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Dentists and Dental Hygienists. *J Dent Educ*. 2005;69(3):346-354.
16. docIMCAd.pdf. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/docIMCAd.pdf>.
17. Focus Chewing-gum sans sucres | UFSBD. <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/focus-chewing-gum/>.
18. Haute Autorité de Santé - Anorexie mentale. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1267371/fr/anorexie-mentale.
19. Hermont AP, Oliveira PAD, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Auad SM. Tooth Erosion and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(11). doi:10.1371/journal.pone.0111123.
20. Jugale PV, Pramila M, Murthy AK, Rangath S. Oral Manifestations of Suspected Eating Disorders among Women of 20-25 Years in Bangalore City, India. *J Health Popul Nutr*. 2014;32(1):46-50.
21. La prévention de la santé selon l'O.M.S. http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php.
22. Les troubles alimentaires (TCA) - ameli-santé. <http://www.ameli-sante.fr/troubles-du-comportement-alimentaire-anorexie-et-boulimie/trouble-comportement-alimentaire-definition.html>.
23. Messias DCF, Turssi CP, Hara AT, Serra MC. Sodium bicarbonate solution as an anti-erosive agent against simulated endogenous erosion. *Eur J Oral Sci*. 2010;118(4):385-388. doi:10.1111/j.1600-0722.2010.00749.x.

24. Microsoft Word - Synthèse - Stratégies de prévention de la Carie Dentaire.doc - corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf.
25. Odontologie Santé Bucco-Dentaire chez la personne handicapée. http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/handi04.htm.
26. Problèmes dentaires : souvent le premier signe physique visible. ProfIL. October 2014. <http://prof-il.org/problemes-dentaires-souvent-premier-signe-physique-visible/>.
27. http://www.chirurgien-dentiste-pau.fr/style/p/goutiere_gd.jpg.
28. SFCD |. <http://www.sfcd.fr/dossiers/anorexie-boulimie-et-lesions-bucco-dentaires/>.
29. Troubles du comportement alimentaire (TCA) - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom. <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Troubles-du-comportement-alimentaire-TCA>.
30. Troubles_des_comportements_alimentaires_TCA-12-16-Web.pdf. http://www.psycom.org/file/download/22177/309998/file/Troubles_des_comportements_alimentaires_TCA-12-16-Web.pdf.
31. Turssi CP, Vianna LMFF, Hara AT, do Amaral FLB, França FMG, Basting RT. Counteractive effect of antacid suspensions on intrinsic dental erosion. *Eur J Oral Sci.* June 2012;n/a-n/a. doi:10.1111/j.1600-0722.2012.00972.x.
32. Yagi T, Ueda H, Amitani H, Asakawa A, Miyawaki S, Inui A. The Role of Ghrelin, Salivary Secretions, and Dental Care in Eating Disorders. *Nutrients.* 2012;4(8):967-989. doi:10.3390/nu4080967.

**PRÉVENTION DES CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES DE L'ANOREXIE
BOULIMIE**

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

L'anorexie boulimie est une pathologie psychiatrique fortement répandue chez les jeunes dans les sociétés occidentales. Elle s'accompagne de retentissement généraux sur le corps mais aussi de conséquences plus locales au niveau de la sphère orale. Les vomissements répétés associés à un brossage traumatique et une alimentation non équilibrée engendrent des dommages dentaires irréversibles. Les retentissements de cette pathologie peuvent être prévenus par la mise en application de conseils d'hygiène bucco-dentaire simples. Ces conseils ont été résumés et mis en image sous forme d'une affiche de prévention à destination des patients anorexiques boulimiques mais aussi du corps médical encadrant.

TITRE EN ANGLAIS : Prevention of oral consequences of anorexia bulimia

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS-CLÉS : ANOREXIE, BOULIMIE, EROSION, ABRASION, CARIE, HYPERTROPHIE DES GLANDES PAROTIDES, PRVENTION, HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE, BROSSAGE, BAIN DE BOUCHE,

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers
31062 Toulouse Cedex

Directrice de thèse : Docteur Sacha BARON