

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTÉ DE SANTÉ - DÉPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2024

2024 TOU3 3035

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Luna DESNOT

Le 1^{er} juillet 2024

EXPLORER LA PERCEPTION DE LA BOUCHE ET DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS ATTEINTS D'ANOREXIE MENTALE : ÉTUDE QUALITATIVE DENT'ANOREXIE

Directeurs de thèse : Docteur Charlotte THOMAS
Professeur Jean-Noël VERGNES

JURY

Président :	Professeur Sara LAURENCIN
1 ^{er} Assesseur :	Professeur Jean-Noël VERGNES
2 ^{ème} Assesseur :	Docteur Thibault CANCEILL
3 ^{ème} Assesseur :	Docteur Charlotte THOMAS
Membre invité :	Professeur Patrick RITZ



**Faculté de santé Département
d'Odontologie**



+ **DIRECTION**

Doyen de la Faculté de Santé

M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé
Directrice du Département d'Odontologie

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Ad joints

Mme Sarah COUSTY
M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative

Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique

Mme Cathy NABET

+ **HONORARIAT**

Doyens honoraires

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

Chargés de mission

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

+ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Anne GICQUEL, M. Robin BENETAH
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Carole VARGAS JOULIA, Mme Chahrazed BELAILI, Mme Véronique POINSOTTE
Adjoints d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON, M. Vincent VIDAL-ROSSET

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme Catherine NABET)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES Mme Géromine FOURNIER
Maîtres de Conférences :
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Professeurs d'Université : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX,
Maîtres de Conférences :
Assistants :
Adjoints d'Enseignement : Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS M. Antoine AL HALABI, M. Pierre JEHLE
M. Loïc CALVO, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE , Mme Myriam KADDECH, M. Mathieu RIMBERT, M. Joffrey DURAN

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université :	Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences :	M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants :	M. Antoine DUBUC
Adjoints d'Enseignement :	M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Jérôme SALEFRANQUE, M. Clément CAMBRONNE

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université :	M. Philippe KEMOUN, M Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences :	M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants :	Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT, Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement :	M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université :	M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences :	M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants :	M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Lorris BOIVIN, M. Thibault DECAMPS, Mme Emma STURARO, Mme Anouk FESQUET
Adjoints d'Enseignement :	M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE, Mme Lucie RAPP, Mme Marion CASTAING-FOURIER

PROTHÈSES

Professeurs d'Université :	M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences :	M. Antoine GALIBOURG, M. Julien DELRIEU
Assistants :	Mme Coralie BATAILLE, Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY, M. Anthony LEBON, M. Paul POULET
Adjoints d'Enseignement :	M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Luc RAYNALDY, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION,

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université :	Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences :	Mme Sabine JONOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL,
Assistants :	M. Olivier DENY, Mme Laura PASCALIN, Mme Alison PROSPER
Adjoints d'Enseignement :	Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 01 Mai 2024

Remerciements

Chers **Papa** et **Maman**,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre soutien inconditionnel tout au long de mon parcours professionnel et personnel. Merci du fond du cœur pour tout ce que vous faites pour moi, je vous aime.

Papa, tu as été une source constante d'inspiration et de soutien. Tes relectures attentives de ma thèse, tes conseils éclairés et ta motivation sans faille ont été des piliers sur lesquels je me suis appuyée à chaque étape de ce travail. Ta présence bienveillante a été le moteur qui m'a poussée à donner le meilleur de moi-même.

Maman, ton soutien indéfectible dans toutes les situations a été une force qui m'a portée à travers les hauts et les bas de cette aventure. Ta présence réconfortante, ton écoute attentive et tes encouragements constants ont été pour moi des sources d'inspiration inestimables. Ta foi en moi m'a donné la confiance nécessaire pour surmonter les obstacles et poursuivre mes rêves.

Mamie, je tiens à te remercier pour ta présence aimante et ton soutien sans faille. Tu es bien plus qu'une simple confidente, tu es source infinie d'amour et de sagesse. Tes encouragements constants et ton écoute empathique m'ont permis de traverser les épreuves de la vie avec courage et détermination. Ton amour inconditionnel est un des cadeaux inestimables que je chérirai pour toujours.

Thibault, merci pour ta patience et ton réconfort au quotidien. Ta présence aimante est une source de force et d'inspiration. Nos multiples aventures ne font que commencer, et je suis reconnaissante de t'avoir à mes côtés pour partager chaque moment, chaque défi et chaque succès. Ta présence dans ma vie m'apporte une joie immense, et je suis impatiente de continuer à construire notre avenir ensemble. Je t'aime.

Belle-maman, ta confiance et ta générosité ont été très appréciées tout au long de cette période et je t'en remercie.

À mes Amis,

Coline, Je tiens à te remercier pour ton soutien et pour les moments forts que nous partageons. Notre amitié est précieuse, et je suis reconnaissante de t'avoir à mes côtés. Mention spéciale à **Bernadette**.

À **Lucie, Carla et Cyrine**, mes amis de toujours, à notre amitié qui ne cessera de durer.

À **Margaux**, ma skieuse préférée et acolyte de fous rires. Merci pour ta bonne humeur au quotidien.

À **Bob**, merci pour notre duo endiablé de clinique. Ta présence a rendu chaque jour plus joyeux.

À **Julien**, merci pour ton amitié en or et d'être une personne sur qui je peux compter.

À **Erick**, merci d'être toi, ne change rien.

Merci à vous 2 de veiller sur moi accompagnés de **Léa et Carla**.

Aux **BAG**, à nos multiples soirées qui resteront gravées, à nos soirées jeux, à nos repas, à nos discussions plus ou moins sérieuses, à tous les moments de bonheur partagés. **Hugo, Amélie, Katia, Juliette, Max, Inès, Ali, Jérem, Juju, Lorette**, merci d'être vous mes vies.

À mes amis de PACES, **Audrey, Pierre et Kyane**. Loin des yeux mais près du cœur.

À **Marie B.**, à tes 1M80 de conneries et de joie de vivre, merci d'être mon garde du corps au quotidien.

A tous mes amis de dentaire Simon, Yann, Jeanne et tous les autres, merci de m'avoir accompagnée dans cette aventure dont j'en garderai des souvenirs incroyables.

Un grand merci à **Stéphanie**, la graphiste, pour le temps passé à élaborer ce schéma incroyable et si précieux dans ce projet.

Merci à **Stéphanie B.** pour ton aide dans la partie autorisation éthique et ta motivation sans faille !

Merci à **l'équipe de nutrition** pour votre confiance et collaboration dans ce travail.

notre Présidente de jury de thèse,

Madame la Professeur Sara Laurencin,

- Vice Doyenne de la Faculté de Santé de l'Université de Toulouse III Paul Sabatier
- Directrice Département d'Odontologie
- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur de l'Université Paul Sabatier

- Diplôme Universitaire de Parodontologie
- Lauréate de l'université Paul Sabatier
- Diplôme Universitaire d'Injection d'Acide Hyaluronique en Odontologie
- Diplôme Universitaire Approches Innovantes en Recherche Biomédicale et en Méta-recherche
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.)

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie de votre présence bienveillante tant pour le travail de cette thèse que dans mon parcours professionnel futur.

Veillez agréer, l'expression de mon plus grand respect.

notre Jury de Thèse et co-Directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Noël VERGNES,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)
- Docteur en épidémiologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill -Montréal, Québec Canada
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de co-diriger cette thèse.

Vos remarques constructives et votre expertise a contribué à l'aboutissement de cette étude.

Veillez trouver l'expression de mon respect dans ce travail.

notre Jury de Thèse,

Monsieur le Docteur Thibault CANCEILL,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur en sciences des matériaux
- Master 1 Santé Publique
- Master 2 de Physiopathologie
- CES Biomatériaux en Odontologie
- D.U.de Conception Fabrication Assisté par Ordinateur en Odontologie (CFAO)
- D.U. de Recherche Clinique en Odontologie
- D.U. D'hypnose Médicale
- Attestation de Formation aux gestes et Soins d'Urgence Niveau 2
- Secrétaire du Collège National des Enseignants en Fonctions-Dysfonctions, Imagerie, Biomatériaux

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Votre accompagnement, votre disponibilité et votre soutien dans mon cursus universitaire a été une source de motivation.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée dans ma pratique clinique comme dans mes projets universitaires.

Veillez agréer, l'expression de ma profonde gratitude.

notre jury de thèse et Directeur de Thèse,

Madame la Docteur Charlotte THOMAS,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur de l'Université Paul Sabatier
- Ancienne interne des Hôpitaux de Toulouse
- Spécialiste qualifié en Médecine Bucco-Dentaire (DES MBD)
- Diplôme Universitaire de Parodontologie
- Diplôme Universitaire de Conception Fabrication Assistée par Ordinateur (CFAO) en odontologie
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier

Vous me faites l'honneur et l'immense plaisir d'être ma directrice de thèse dont le sujet vous est « atypique ».

Merci infiniment pour votre implication dans ce projet, votre soutien sans faille qui a permis l'aboutissement de ce travail et peut être un projet à venir.

En espérant que ce travail soit à la hauteur de votre investissement,

Veillez agréer l'expression de ma profonde reconnaissance et estime.

notre Jury de Thèse,

Monsieur le Professeur Patrick RITZ,

Docteur en médecine

Doctor of Philosophy (PhD) Cambridge UK

Professeur d'université et Praticien hospitalier en nutrition, 1999

Chef de service endocrinologie nutrition CHU Toulouse 2022

Je suis honorée de vous compter parmi ce jury de thèse et vous en remercie sincèrement.

Votre accompagnement a été une source précieuse d'inspiration et de motivation.

Je vous remercie pour vos suggestions éclairées et votre confiance accordée dans ce projet réalisé dans votre service.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de ma profonde gratitude.

Table des matières

<i>Introduction</i>	14
<i>Partie 1 : L'anorexie mentale</i>	16
1. Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)	16
1.1 Définitions	16
1.2 Prévalence	17
2. L'anorexie mentale	18
2.1 Définition	18
2.2 Épidémiologie	18
2.2.1 Prévalence	18
2.2.2 L'adolescence, période de vulnérabilité.....	18
2.3 Critères diagnostiques	20
2.4 Symptômes	21
2.5 Pronostic et complications	24
2.5.1 Les troubles hydroélectrolytiques	24
2.5.2 Les complications somatiques	25
2.5.3 Le suicide	25
<i>Partie 2 : Les conséquences bucco-dentaires des patients atteints d'anorexie mentale</i>	26
1. Lésions salivaires	27
2. Lésions muqueuses	28
3. Lésions parodontales	30
4. Lésions dentaires	31
4.1 Les érosions	31
4.2 .Péri-mylolyse ou lésion cervicale d'usure	32
5. Lésions carieuses	33
<i>Partie 3 : Étude clinique qualitative - Dent'anorexie</i>	35
1. Matériels et méthodes	36
1.1 Principe de l'étude	36
1.2 Participants	36
1.3 Guide d'entretien	37
1.4 L'analyse thématique	37
1.5 Éthique	38

1.6	Aspects logistiques.....	38
2.	Résultats	39
2.1	Caractéristiques de l'échantillon	39
2.2	Thème 1 : La perception de la bouche dans les habitudes de vie générales chez les participantes	40
2.3	Thème 2 : La perception de la bouche dans les habitudes de vie personnelles chez les participantes	43
2.4	Thème 3 : La perception des relations des participantes avec le système de soin professionnel	45
3.	Discussion	49
4.	Limites et perspectives	57
	<i>Conclusion</i>	<i>59</i>
	<i>Bibliographie</i>	<i>60</i>
	<i>Annexes : article publié</i>	<i>67</i>
	<i>Table des illustrations</i>	<i>72</i>

Liste des abréviations

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

HAS : Haute Autorité de Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

CIM : Classification Internationale des Maladies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AAP : Association Américaine de Psychiatrie

IMC : Indice de Masse Corporelle

AM : Anorexie Mentale

Ig : Immunoglobuline

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Introduction

Au cours de mon stage hors odontologie de 5^{ème} année dans le service nutrition du CHU de Rangueil, j'ai été amenée à m'interroger sur la place du chirurgien-dentiste dans le suivi à l'hôpital des patients atteints de Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) et plus particulièrement des patients atteints d'Anorexie Mentale.

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) sont des affections caractérisées par des désordres psychopathologiques qui affectent la relation des patients avec la nourriture et leur vision de leur corps à travers des habitudes alimentaires déséquilibrées.

Les TCA regroupent principalement **l'anorexie mentale**, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. Cette classification issue de la cinquième édition du Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) a été publiée en 2013 par l'APA (American Psychiatric Association) [1]. Chez les patients atteints d'Anorexie Mentale, la sphère oro-faciale, est le siège de nombreuses manifestations en lien avec leur pathologie. Les habitudes néfastes (phénomènes de purge, boulimie...) sont à l'origine de lésions orales, souvent douloureuses, qui altèrent la qualité de vie de ces patients et aggravent leur maladie en accentuant leurs complexes et leur isolement social [2] [3] [4]. Si elles ne sont pas traitées, ces lésions dentaires peuvent entraîner la perte de dents (les patients présentant ces pathologies ont 2,7 fois plus de risques de perdre toutes leurs dents que la population générale [5]). De plus, si les conséquences bucco-dentaires des patients anorexiques sont largement répertoriées, l'estime de leur sphère orale reste méconnue.

Lors d'une visite dans la chambre d'une jeune patiente souffrant d'anorexie mentale, je lui ai demandée quelle était la vision de sa bouche et si elle avait des interrogations sur sa santé bucco-dentaire :

« J'ai fini ma semaine d'hospitalisation, on vient me chercher dans 30 min, mais c'est bien que vous soyez là parce que j'ai plein de questions : je n'ose plus sourire, j'ai l'impression qu'on ne voit que mes dents depuis que j'ai perdu du poids. Est-ce normal ? »

A l'issue de cet entretien, il m'a paru alors évident qu'un suivi bucco-dentaire et des conseils sur la santé orale seraient très utiles dans l'accompagnement de ces patients atteints de Troubles des Conduites Alimentaires et en particulier d'anorexie mentale où la sphère orale apparaît comme un lieu stratégique.

Ainsi, plusieurs interrogations se sont imposées à moi :

- Quelle est la perception de l'estime de la bouche et de la santé orale chez les patients atteints d'anorexie mentale ?
- Quels peuvent être les besoins en soins dentaires de ces patients ?
- Le chirurgien-dentiste est-il suffisamment armé pour répondre à toutes leurs interrogations et prendre en charge ces patients ?
- Peut-on améliorer leur prise en charge et leur chemin vers la guérison en associant le chirurgien-dentiste dans l'équipe interdisciplinaire qui les accompagne déjà à l'hôpital ?

Cette thèse comporte trois parties :

- Dans une première partie nous décrirons un des Trouble des Conduites Alimentaires : l'Anorexie Mentale.
- Dans une deuxième partie, nous détaillerons les conséquences bucco-dentaires chez les patients atteints d'Anorexie Mentale.
- Enfin, dans une troisième partie nous tenterons de répondre aux interrogations qui me sont apparues au cours de mon stage par la réalisation d'une étude clinique qualitative réalisée dans le service de Nutrition du CHU de Rangueil : l'étude qualitative DENT'ANOREXIE.

Partie 1 : L'anorexie mentale

1. Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)

1.1 Définitions

En 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit les TCA comme des troubles 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 [6].

Il existe aujourd'hui deux classifications internationales pour décrire les TCA :

- La Classification Internationale des Maladies (**CIM-11**) publiée par l'OMS [7],
- La cinquième et dernière édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques (**DSM-V**) de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP) [1].

Modifié dans la nouvelle classification DSM-V en 2013, le terme de « conduite » sera préféré au terme de « comportement ».

Les TCA sont classés en 3 formes majeures par la DSM-V [1] :

- La Boulimie Nerveuse :

La boulimie nerveuse se caractérise par la survenue récurrente de crises de frénésie alimentaire au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois. Ces crises sont suivies de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, lavements, prises de médicaments, jeûne, activité physique importante).

Il existe 2 sous- types de la boulimie nerveuse : un type avec vomissements ou prise de purgatifs et un type avec comportements compensatoires inappropriés (jeûne, pratique exagérée d'exercice physique). L'estime de soi est alors influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

- L'Hyperphagie Boulimique (Binge Eating Disorder) :

L'hyperphagie boulimique est caractérisée par la survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée : au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs. Elle se traduit par des prises alimentaires largement supérieures à la moyenne en une période de temps limité. Ces prises alimentaires sont associées à une impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter de manger. Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans les épisodes de boulimie. Ces patients sont le plus souvent en surpoids ou obèses.

- L'Anorexie Mentale (AM) :

L'anorexie mentale comporte deux sous types : le type restrictif et le type boulimique avec purge. L'AM étant le sujet principal de notre étude, elle sera développée ultérieurement dans le manuscrit.

Et une forme qui ne regroupe pas de critères diagnostiques spécifiques : les troubles alimentaires non spécifiés (EDNOS).

1.2 Prévalence

Les TCA sont de plus en plus répandus dans le monde entier, en particulier chez les femmes. En effet, durant la période 2000 - 2018, une tendance à l'augmentation de la prévalence des TCA est observée [8]. Il est noté une forte augmentation de ces troubles chez les étudiants pendant la pandémie du COVID 19 [9]. La prévalence est de 8,4% pour les femmes et 2,2% pour les hommes si l'on considère les moyennes pondérées à vie de l'ensemble des TCA [8]. Les troubles annexes concerneraient 20% de la population générale [10].

2. L'anorexie mentale

2.1 Définition

L'anorexie mentale est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenu par le patient. Elle se traduit par un poids corporel considérablement bas pour l'âge, la taille et le stade de développement de l'individu, qui n'est pas dû à une autre affection médicale ou à l'indisponibilité de nourriture. Un seuil communément utilisé est un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² chez les adultes et un IMC pour l'âge en-dessous du 5^{ème} percentile chez les enfants et les adolescents.

Le poids corporel bas s'accompagne d'un schéma persistant de comportements destinés à empêcher la restauration d'un poids normal, lesquels peuvent inclure des comportements visant à réduire l'apport d'énergie (alimentation restreinte), des comportements de purge (se faire vomir, abuser des laxatifs) et des comportements visant à augmenter la dépense d'énergie (activité physique excessive). Ces comportements sont habituellement associés à une peur de prendre du poids.

Le faible poids corporel ou la silhouette mince sont essentiels à l'auto-évaluation de la personne qui se perçoit à tort comme étant normale voire même trop grosse [7].

2.2 Épidémiologie

- .2.1 Prévalence

Selon une revue des études épidémiologiques réalisées entre 2000 et 2018, la prévalence de l'anorexie au cours de la vie serait de 1,4% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes. Ces chiffres sont restés stables au cours des dernières décennies [8].

Aux États-Unis, l'anorexie mentale est la 3^{ème} pathologie chronique après l'obésité et l'asthme chez l'adolescent [11].

- .2.2 L'adolescence, période de vulnérabilité

L'âge moyen d'apparition de l'anorexie mentale est 17 ans, avec un âge de début entre 15 et 25 ans dans la majorité des cas. Toutefois, il existe des formes prépubères souvent plus sévères et des formes tardives débutants à l'âge adulte [12].

Une étude de la littérature révèle que les taux d'incidence d'anorexie les plus élevés correspondent à la tranche d'âge de 15-19 ans, et que cette partie de la population correspond approximativement à 40% de tous les cas identifiés [13]; la puberté étant rythmée par les pressions culturelles en faveur de

la minceur [14], les régimes et la recherche de la minceur que l'on retrouve dans les pays industrialisés [15].

A travers les médias circulent des images de femmes anormalement minces qui représentent le « gold standard » de la beauté. Les adolescents en quête de ressembler à ces images véhiculées peuvent tomber dans les TCA par une mauvaise image de leur corps et l'échec de parvenir à ces modèles [16].

De plus, l'adolescence étant une période de profonds changements biologiques, psychologiques et socioculturels, elle exige un degré considérable de flexibilité pour gérer avec succès la transition vers l'âge adulte [14].

C'est pourquoi, dans cette période de vulnérabilité, les changements biologiques peuvent augmenter considérablement le risque d'apparition de troubles alimentaires, en particulier chez les femmes [15].

Il existe des profils particuliers de personnes susceptibles de souffrir d'anorexie mentale [6][17] :

- Les adolescentes au moment de l'apparition des modifications corporelles de la puberté ;
- Les jeunes femmes après un régime restrictif suivi en raison d'un surpoids ;
- Les mannequins ;
- Les danseurs et sportifs pratiquant des disciplines esthétiques ou à catégorie de poids : sports valorisant ou nécessitant le contrôle strict du poids (disciplines à faible poids corporel comme les sports d'endurance notamment en période de compétition) ;
- Les personnes présentant des maladies impliquant un régime alimentaire pouvant être un facteur déclenchant (diabète de type I, hypercholestérolémie familiale...)

Il n'existe pas de lien de causalité. Cependant, l'élément commun à l'ensemble de cette population est l'insatisfaction de l'image de leur propre corps [11].

2.3 Critères diagnostiques

La DSM- V [1] définit l'anorexie mentale selon 3 critères principaux qui sont :

- La restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique,
- La peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas,
- L'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou encore un manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

On définit 2 sous types de l'anorexie mentale :

- Un type restrictif : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
- Un type accompagné de phénomènes purgatifs ou compensatoires : avec des crises de boulimie, des vomissements provoqués ou des comportements purgatifs (prise de laxatifs, diurétiques, lavements...).

Il existe 4 degrés de sévérité :

Chez les adultes la sévérité minimum est basée sur l'indice de masse corporel (IMC) réel, alors que chez les enfants et les adolescents sur le percentile d'IMC.

- Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/ m}^2$
- Modéré : IMC compris entre 16 et 16,99 kg/ m^2
- Sévère : IMC compris entre 15 et 15,99 kg/ m^2
- Extrême : $IMC < 15 \text{ kg/ m}^2$

L'absence de règles depuis au moins 3 mois (aménorrhée) est un indicateur important en clinique, même s'il n'apparaît plus parmi les critères diagnostics de la maladie depuis la 5^{ème} édition du DSM, compte tenu de l'utilisation fréquente d'une contraception œstroprogestative qui crée des hémorragies de privation masquant l'aménorrhée. Le ralentissement de la croissance chez une jeune adolescente peut également être évocateur [18].

Chez les garçons cela se traduit par un désintérêt sexuel associé à une impuissance.

2.4 Symptômes

L'anorexie peut se définir comme une lutte active contre la sensation de faim car il ne s'agit pas d'une perte d'appétit au sens étymologique du terme « anorexie ». Cependant, dans un deuxième temps et après plusieurs semaines de restriction active s'installe une perte de la perception de faim [12].

Les symptômes associés à l'anorexie sont multiples : nous les illustrerons à l'aide de phrases recueillies lors des entretiens des patientes réalisés dans le cadre de l'étude clinique qualitative Dent'Anorexie développée ultérieurement dans le manuscrit.

Dans l'anorexie mentale, le contrôle alimentaire peut débiter sous la forme d'un régime restrictif destiné à perdre un excès de poids (réel ou imaginaire), ou être rationalisé autour de plaintes digestives. S'installent alors une restriction quantitative (diminution des portions, saut de repas) et qualitative avec tri et éviction progressive des aliments jugés comme faisant prendre du poids (matières grasses, sucreries, viandes, féculents).

***Maé** : « En juin, j'avais comme boulot d'été de castrer le maïs. Donc assez physique et du coup, je logeais chez mon oncle qui était à deux kilomètres. Et donc c'est là que j'ai commencé à jouer sur les deux tableaux, à savoir restreindre un peu mon alimentation parce que ce n'était pas forcément cuisiné tel que j'avais l'habitude chez moi et à me dépenser plus du fait de ce travail d'été et donc voyant que c'était assez facile finalement de perdre du poids comme ça et que je me sentais mieux. Je me dis on va continuer un petit peu, puis un petit peu, puis un petit peu, jusqu'à ne plus savoir s'arrêter. »*

***Judith** : « Ça a commencé comme je disais, par des vomissements pour tout ce qui était dessert parce que je suis très sucrée. Du coup, je mangeais des gâteaux et puis après j'enlevais ça. Et ça a contribué à une perte de poids. Après, ça a été bien plus, le petit déjeuner alors que je déjeunais pas mal. Puis, après cette réduction des portions, j'ai commencé un peu à perdre des notions portions et ensuite ça a été d'enlever tous les produits laitiers et puis d'enlever tous les féculents. Donc après ça se résumait à des légumes et des fruits. »*

La perte de poids aboutit à un poids inférieur à 15% du poids normal compte tenu de l'âge, de la taille et donc à un tableau de dénutrition : $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$. Celle-ci s'accompagne de la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale. Il existe des préoccupations envahissantes autour de la nourriture, du poids avec un trouble majeur de l'image corporelle : altération de la perception de son corps ou de la silhouette (dysmorphophobie) associée

à une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi avec un déni de la maigreur. Les personnes atteintes d'anorexie mentale ont un niveau d'estime de soi anormalement bas comparé à la population normale [19][20][21]. Ainsi, l'estime de soi est un prédicteur très important de l'insatisfaction corporelle significativement supérieure chez les patientes anorexiques [22], ainsi que du développement des attitudes alimentaires dysfonctionnelles [23].

Sandrine : « Moi, je ne perçois pas trop la maigreur sur mon corps. C'est comme si j'étais comme avant. »

Maé : « En fait, plus je perdais de poids et plus je me voyais déformée. Ou alors, quand j'avais des éclairs de lucidité, ça me rassurait de voir un corps anguleux et osseux, ce qui m'encourageait encore à continuer dans ce sens. »

Maé : « J'ai l'impression d'avoir un visage poupin »

Cyrine : « Plus je perdais du poids, et plus j'avais l'impression, c'est un peu paradoxal mais d'être grosse »

Le patient utilise des stratégies de contrôle du poids qui vont bien au-delà de la restriction comme les conduites purgatives et l'hyperactivité physique. Les vomissements provoqués peuvent se produire plusieurs fois dans la journée, après chaque repas. La perte de poids n'empêche pas l'activité physique, au contraire la satisfaction de la perte de poids semble donner de l'énergie [11].

Dorine : « Je me faisais vomir 4-5 fois par jour »

Cyrine : « A chaque fin de cours, je faisais des squats ou des fentes en plein milieu de la classe »

Cyrine : « Comme j'étais obsédée par la marche même quand il faisait froid, j'allais marcher quand même (...) Même les blessures parfois j'avais mal aux pieds ou aux chevilles parce qu'à force de marcher (...) mais je m'en fichais, je continuais à marcher. »

Une hyperactivité intellectuelle est souvent retrouvée chez les anorexiques. Le fonctionnement intellectuel est axé sur une avidité de savoir et de performance sans réel plaisir à apprendre. La jeune anorexique excelle dans les matières qui nécessitent une restitution des connaissances plus que dans les disciplines créatives [11].

Maé : « Je voulais absolument valider mes études avec mention si possible. Donc je me suis surinvestie et à côté de ça, de nouveau des restrictions alimentaires et regain d'hyperactivité »

On observe fréquemment des épisodes de perte de contrôle alimentaire accompagnés d'impulsivité et de compulsions. L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont alors intimement liées et peuvent être associées ou s'alterner : 20 à 50% des sujets souffrant d'anorexie mentale présentent des crises de boulimie et 27% des sujets souffrant de boulimie nerveuse ont des antécédents d'anorexie mentale [24].

Carla : « Le soir, si vraiment je craque après une longue restriction, il se peut que je pète les plombs. Soit je vais dans un buffet, toute seule des fois pour me laisser tranquille. Je vais dans un buffet, je vais manger, manger, manger, manger, manger, manger et je me sens moins jugée parce que je suis dans un buffet à volonté et je fais ma crise de boulimie là-bas. Soit je mange dans ma chambre, je mange tout le temps dans ma chambre (...) Je suis tout le temps, très isolée pour manger. Et quand je fais ma crise, quand je vais vomir par exemple, ils ne le savent pas. »

Certains patients peuvent également pratiquer la potomanie (tendance incontrôlable de boire de l'eau ou autres boissons en quantité importante) ou au contraire la restriction hydrique.

Lucie : « Je bois beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup (...) Mais il y a eu un moment où, il n'y a pas très longtemps, où je buvais beaucoup de café, je buvais aussi des « Monster », les boissons énergisantes (...) Il y a eu un moment où j'étais à 10 cafés par jour. »

Enfin, le déni de la maladie est fréquent, notamment au début de celle-ci. Le malade peut contester ou rationaliser sa maigreur, sa restriction alimentaire ou les symptômes associés. La restriction alimentaire peut être mise sur le compte de plaintes somatiques (transit perturbé, douleurs abdominales). Elle peut être rationalisée autour de considérations concernant une nourriture « saine », « respectueuse de l'environnement » et certains régimes d'exclusion peuvent être observés (végétarien, végane, sans gluten). La maigreur peut être revendiquée comme « constitutionnelle ou familiale ».

Maé : « Je n'avais pas du tout conscience de la situation »

Cyrine : « Moi j'étais dans le déni et je ne sais même pas quand est-ce que ça a commencé, quand est-ce que c'était devenu plus malsain »

Iris : « J'ai beaucoup joué sur le fait que j'étais malade avec la mononucléose que ça me coupait l'appétit »

2.5 Pronostic et complications

L'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic. Elle est caractérisée comme chronique si elle persiste au-delà de 5 ans. Elle s'accompagne de complications somatiques et psychiatriques, d'un enracinement des symptômes alimentaires avec ritualisation et rigidité des attitudes. A terme s'installe un appauvrissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle, un isolement social avec un retentissement sur la vie professionnelle [12].

Selon une revue de la littérature de 2013, 47 % des personnes traitées pour l'Anorexie Mentale se sont rétablies, 34 % se sont améliorées, 21 % ont eu un trouble de l'alimentation chronique et 5 % sont décédées. Le résultat est meilleur pour les sujets traités pendant l'adolescence [25]. L'anorexie mentale est la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé [26]; le taux de mortalité des jeunes filles anorexiques est douze fois plus important par rapport à la population générale. Les études estiment qu'il existe 5,6% de mortalité à 10 ans [27].

Les causes de décès sont le suicide et les complications somatiques secondaires à la dénutrition et/ou aux troubles hydroélectrolytiques associés.

2.5.1 Les troubles hydroélectrolytiques

Les patients anorexiques peuvent présenter des troubles électrolytiques sévères, comme l'hypokaliémie et l'hypophosphatémie, des troubles de l'homéostasie de l'eau avec une hyponatrémie (potomanie) et souvent des œdèmes.

L'hypokaliémie est déclenchée par des apports insuffisants en potassium et peut être causée par les vomissements, prises de laxatifs et/ou diurétiques. C'est le trouble électrolytique le plus dangereux pour les malades. Lorsque la kaliémie descend en dessous de 2,5 mmol/L, des conséquences sévères peuvent se manifester au niveau du rythme cardiaque. Le cœur est perturbé, affaibli, et risque de s'arrêter à tout moment. Une supplémentation pour voie veineuse pourra être administrée.

De plus l'hypokaliémie et la déshydratation chronique peuvent aboutir à une insuffisance rénale, qui peut aboutir à l'insuffisance rénale terminale [28].

2.5.2 Les complications somatiques

Les complications somatiques secondaires à la dénutrition sont multiples. On retrouve des troubles du métabolisme du glucose, des dysthyroïdies, une ostéopénie, des atteintes dermatologiques, des complications gastro intestinales, neurologiques, ainsi que des troubles hémodynamiques et cardiaques [18]. La principale complication somatique au long cours est l'ostéoporose [12].

2.5.3 Le suicide

Le suicide est une cause majeure de mortalité chez les patients souffrants de TCA et particulièrement chez les patients atteints d'anorexie mentale : le risque suicidaire chez ces patients est élevé, il est multiplié par huit par rapport à la population générale [29]. Les « simples » tentatives de suicides sont également relativement fréquentes [30].

Partie 2 : Les conséquences bucco-dentaires des patients atteints d'anorexie mentale

L'anorexie mentale a des répercussions sur la santé physique et la santé psychique mais elle présente aussi des répercussions très importantes sur la santé bucco-dentaire ; en effet, les premières conséquences sont principalement perceptibles autour de la cavité buccale : les restrictions alimentaires, les phénomènes purgatifs, ou encore les prises alimentaires répétées dans la journée contribuent à une mauvaise santé orale. Ces répercussions peuvent être d'origine intrinsèque (contenu gastrique), extrinsèque (alimentation, comportements iatrogènes, médicaments) ou faire suite à des carences nutritionnelles.

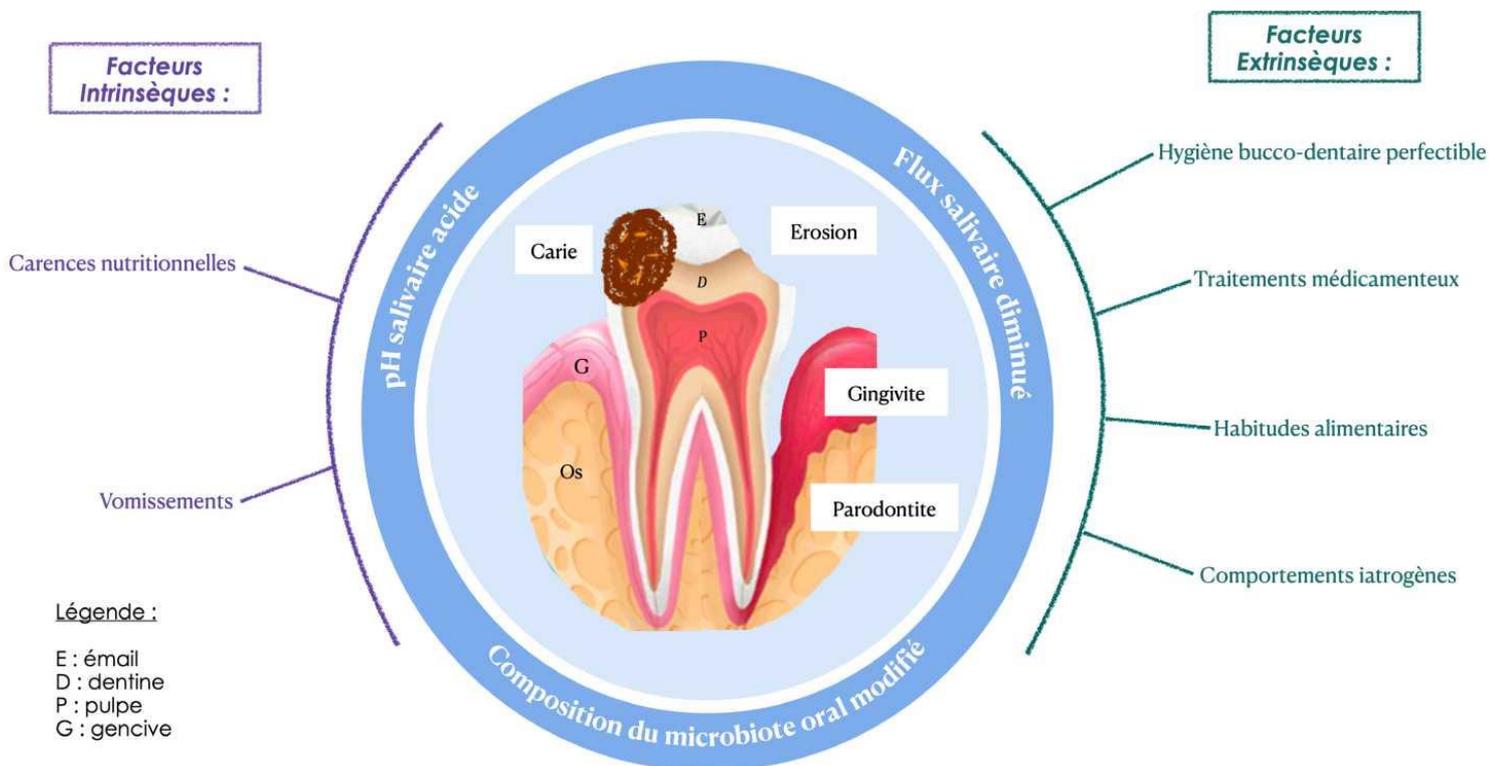


Figure 1: Facteurs pouvant être impliqués dans les répercussions bucco-dentaires chez les patients atteints d'anorexie mentale

1. Lésions salivaires

La salive a une influence majeure sur le microbiote oral et participe au maintien de l'homéostasie buccale. Elle a un rôle protecteur par son action lubrifiante sur les muqueuses et les dents : elle forme une pellicule exogène acquise à la surface de l'émail (couche extérieure minéralisée visible de la dent). Grâce à son pouvoir tampon, la salive permet de maintenir un pH physiologique malgré les nombreuses variations liées à la prise alimentaire mais aussi à l'acidité produite par les bactéries. Elle transporte des ions essentiels tels que le fluor, le calcium et

le phosphate, nécessaires à la reminéralisation de l'émail après une attaque acide. Elle a également des propriétés antimicrobiennes par la sécrétion d'un fluide enrichi en agents immunologiques (Immunoglobuline (Ig) A, IgG, IgM mais aussi lysozyme, lactoferrine, mucines...). Enfin, le renouvellement du flux salivaire assure un nettoyage des surfaces dentaires et muqueuses en éliminant la flore polymicrobienne [31] [32] [33] [34] [35]. Les personnes atteintes d'anorexie avec phénomène de purge, ont un flux salivaire momentanément augmenté. Les solutions acides stimulent le flux salivaire. Cette action est de courte durée et ce flux est diminué par la prise de médicaments souvent retrouvée chez ces patients. Les antidépresseurs à effet anticholinergique indirect comme le Prozac® (Fluoxétine) ou encore les antidépresseurs tricycliques Laroxyl® (amitriptyline) réduisent de manière importante le débit salivaire en agissant sur la stimulation nerveuse [36][37]. De plus, une activité physique intense dans le cadre d'un comportement compensatoire extrême induit une déshydratation importante et un flux salivaire diminué. De manière plus rare, en conséquence des vomissements provoqués, des gonflements des glandes salivaires notamment de la parotide (rarement submandibulaire) peuvent s'observer chez ces patients. L'hypertrophie est souvent bilatérale, elle régresse lorsque les phénomènes de purge sont stoppés. Une hyposalie et un abaissement des pH buccaux se retrouvent dans cette dystrophie salivaire [38]. La sensibilité gustative peut être réduite transitoirement pendant les phénomènes actifs de la maladie : le flux salivaire diminué et l'attaque acide sur les papilles gustatives qui diminuent en nombre altèrent cette sensibilité [39]. La salive joue un rôle protecteur et de lubrification vis-à-vis des récepteurs gustatifs [38]. Une diminution salivaire entraîne une sécheresse buccale (xérostomie) à l'origine d'irritations muqueuses et favorise le risque carieux. Quand le flux salivaire est diminué, des zones de muqueuses non protégées apparaissent, deviennent plus sensibles à l'abrasion et s'ulcèrent [40]. L'application de substituts salivaires sous forme de gel ou de spray buccaux peuvent aider à la lubrification des muqueuses et diminuer la sensation de bouche sèche. La mastication de chewing-gums sans sucre stimule la production réflexe de la salive [31].

2. Lésions muqueuses

Les lésions muqueuses retrouvées chez les patients souffrant d'anorexie mentale vont être issues de traumatismes iatrogènes ou de carences nutritionnelles. Les irritations chroniques dues à des vomissements répétés, la stimulation du réflexe nauséux par des objets ou par les doigts, provoquent des blessures par irritation mécanique au niveau du palais et des muqueuses buccales (ulcérations, érosion plaques érythémateuses...) (Figures 2a et 2b). De plus, l'acidité gastrique entretient ces blessures et retarde la cicatrisation.

Les carences nutritionnelles secondaires à l'anorexie mentale (vitamine B, vitamine C, fer) peuvent aussi se manifester au niveau des muqueuses buccales. Des carences en vitamines B1, B2, B3, B5, B6 et B8 peuvent être associées à des érosions, des vésicules et parfois des glossites avec une hypersensibilité des muqueuses, à des lésions cutanées et muqueuses (dermite, perlèche, stomatite, ulcérations gingivales), à un syndrome pellagreux pouvant s'accompagner au niveau buccal de glossite, de stomatite et de gingivite [41][42]. Une carence en vitamine C se traduit par des muqueuses turgescents avec des saignements spontanés [43][44]. Une carence en vitamine B12 peut engendrer des brûlures au niveau de la langue, communément appelées la glossodynie. Les

facteurs environnants de stress, d'anxiété, de dépression peuvent aggraver ses symptômes ainsi que l'acidité et la diminution du flux salivaire [3]. Ces carences nutritionnelles diminuent le potentiel régénératif des muqueuses et peuvent favoriser l'installation d'infections opportunistes comme la candidose : infection fongique dont la forme la plus commune est la chéilite angulaire (Figure 2c). Elle se caractérise par un érythème bilatéral aux commissures des lèvres avec plus ou moins l'apparition de desquamations et croûtes. En effet, les blessures causées par les vomissements induits peuvent se retrouver infectées secondairement [45].



Figure 2 : a) Lésion érosive sur le palais mou après stimulation excessive du réflexe nauséux, b) Ulcération du palais dur causée par le doigt lors de la stimulation du réflexe nauséux, c) Chéilite angulaire [44]

Les patients atteints d'anorexie mentale ont souvent froid et sont à la recherche d'astuces pour se réchauffer en permanence. Lors des entretiens, plusieurs patientes ont évoqué se brûler lors de la consommation de boissons chaudes comme du thé ou même de l'eau chaude seule. Ces patientes se retrouvent avec des cloques évoluant vers des desquamations plus ou moins importantes de la muqueuse du palais et des brûlures à la langue qui peuvent être très douloureuses. Des conséquences aux vomissements relativement rares peuvent être retrouvées comme l'œdème de la luette et des bulles hémorragiques buccales appelées « *Angina Bullosa Hemorrhagica* (ABH) ». Les vomissements provoqués et répétés peuvent donner lieu à un œdème de la luette par irritation acide du liquide gastrique. Le patient est alors gêné dans l'élocution, la déglutition et peut avoir des gênes respiratoires jusqu'à engager son pronostic vital [46]. Les bulles hémorragiques (ABH) sont rarissimes. Leurs caractéristiques cliniques sont stéréotypées, ce sont des bulles d'emblée hémorragiques, le plus souvent isolées, arrondies et bien limitées, d'un diamètre d'environ 1 à 2 cm, parfois sensibles mais non douloureuses, pouvant toucher l'ensemble de la cavité orale, plus particulièrement le palais mou. L'évolution naturelle est marquée par une rupture puis une cicatrisation avec restitution ad integrum de la muqueuse orale. Elles surviennent souvent après un repas, elles sont bénignes [47][48].

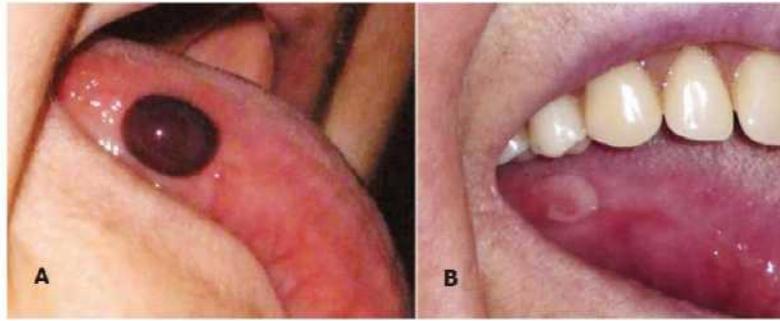


Figure 3: A) Cloques sur le bord latéral droit de la langue ; B) Ulcère superficiel après rupture de la bulle hémorragique [49]

Une hygiène bucco-dentaire satisfaisante à raison d'un brossage au moins 2 fois par jour avec l'utilisation de bain de bouche une fois par jour ainsi que la supplémentation en vitamine B (B1, B2, B3, B5, B6, B8) et C permettra de réduire la fréquence d'apparition de ces lésions.

Ces blessures sont souvent douloureuses. Comme traitement symptomatique, l'application de gel buccal (Pansoral® ou Elugel®) soulage le patient, aide à la cicatrisation et évite les surinfections.

Dans le cas de la présence d'une pathologie fongique, un traitement local topique d'antifongiques sous forme de gels ou bains de bouches pourra être prescrit (Nystatine (Mycostatine®), Amphotéricine B (Fungizone®), Miconazole (Daktarin®, Loramyc®).

3. Lésions parodontales

Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent qui se compose de l'os, des gencives et du ligament. Les carences nutritionnelles retrouvées chez les patients souffrant d'anorexie peuvent avoir des conséquences sur le support parodontal des dents : atteintes gingivales et/ou osseuses [50].

Si les données de la littérature sont encore insuffisantes sur certaines vitamines, d'autres comme la vitamine C et la vitamine D ont été largement documentées. En effet, les personnes ayant un déficit important en vitamine C peuvent présenter une gencive œdémateuse hypertrophique, turgescente et hémorragique essentiellement au niveau de la gencive marginale et interdentaire, d'autant plus sévère si l'hygiène bucco-dentaire est perfectible. Les symptômes gingivaux seront retrouvés uniquement dans le cas de personnes dentées.

Secondairement, l'atteinte gingivale s'accompagnera d'une lyse osseuse à l'origine de mobilités voire de pertes dentaires [43][44][51][52]. Les patients atteints d'anorexie sont souvent carencés en vitamine C ce qui peut conduire à un scorbut [53]. De nombreuses études transversales ont étudié l'association entre concentration en vitamine C et les maladies parodontales (destruction irréversible des tissus de soutien de la dent) et il en ressort que les faibles concentrations sériques en vitamines C sont associées à une prévalence et sévérité accrues des parodontites [43][44][54][55]. Une supplémentation en vitamine C (systémique ou topique) semble réduire l'inflammation gingivale [56][57].

Concernant la vitamine D, une faible concentration sérique de cette dernière est significativement associée à un risque plus élevé de parodontite [58][59][60]. Une supplémentation en vitamine D réduit l'inflammation gingivale grâce aux propriétés anti-inflammatoires de cette vitamine [61][62]. Chez ces patients une carence en vitamine D peut engendrer une baisse de la densité minérale osseuse (DMO). Cela peut conduire à une ostéopénie dans la majorité des cas ou bien aller jusqu'à de l'ostéoporose [42]. Une faible DMO systémique est associée à la perte osseuse alvéolaire [63][64]. De ce fait, le support osseux dentaire est diminué et constitue un facteur de risque de la parodontite [58].

Une concentration sérique basse de vitamine B9 et B12 est associée à une prévalence plus importante de parodontite [65][66]. Une supplémentation en vitamine B9 semble réduire l'inflammation gingivale et l'atteinte des poches parodontales [67].

Il est donc important de supplémenter ces patients en vitamines (B, C, D) afin de diminuer ces phénomènes inflammatoires au niveau buccal qui sont aussi sources de phénomènes douloureux et de problèmes fonctionnels pouvant handicaper le patient dans sa vie quotidienne. La mise en place d'une bonne hygiène bucco-dentaire réduit l'aggravation potentielle de la situation clinique et de la symptomatologie.



Figure 4 : Gingivite liée à une carence en vitamine C [44]

4. Lésions dentaires

Les lésions dentaires regroupent les érosions, les péri-myolyses et les lésions carieuses.

4.1 Les érosions

Les érosions sont un signe majoritaire dans l'anorexie. Elles sont définies comme la destruction de l'émail par un processus de déminéralisation par attaque acide sans cause bactérienne. Les érosions peuvent être d'origine intrinsèque avec pour cause l'acidité des comportements de purge due aux enzymes gastriques retrouvées dans la salive. Les zones les plus touchées sont les faces palatines des dents maxillaires (Figure 5a) mais aussi une atteinte des pointes cuspidiennes (Figure 5c).

Elles peuvent aussi être d'origine extrinsèque avec l'ingestion d'aliments acides utilisés comme coupe faim (vinaigre, citron, soda), et/ou d'aliments sucrés dont les produits de dégradation par les bactéries buccales libèrent des dérivés acides et abaissent le pH buccal [68]. En effet, un pH bas à répétition favorise le phénomène d'érosion dentaire. Les zones les plus touchées sont les faces vestibulaires des incisives maxillaires (Figure 5b). Chez un même patient, plusieurs étiologies peuvent coexister [69].

Lorsque l'érosion a détruit la totalité de l'émail, la dentine, tissu dentaire situé juste en dessous, est alors mise à nu donnant un aspect jaunâtre aux dents. La dentine n'est pas faite pour être exposée : du fait de sa structure poreuse et sa perméabilité, elle résiste moins bien aux agressions physiques et chimiques. Une fois cette dernière atteinte, le processus d'érosion s'accélère dégradant de plus en plus la dent. Le risque carieux est également augmenté. Une hypersensibilité dentaire peut apparaître et causer des douleurs suite à des stimulus thermiques, sucrés, et même au simple toucher. En effet, la couche protectrice amélaire étant détruite, la pulpe dentaire (nerf dentaire) se retrouve à proximité des stimulus environnants.

In fine, la dégradation de la dent peut entraîner la nécrose de sa pulpe nécessitant une dévitalisation de celle-ci ou même une avulsion si elle est jugée non conservable. Dans les cas les plus sévères, une perte de substance

dentaire importante concernant plusieurs dents peut conduire à la diminution de la dimension verticale d'occlusion et causer des troubles temporo-mandibulaires. Des douleurs articulaires et musculaires peuvent alors être observées [70][4].

Afin de prévenir les sensibilités dentaires causées par l'érosion, il est conseillé de se rincer la bouche après un épisode purgatif et d'attendre 20 min avant de se laver les dents afin de diminuer l'acidité buccale responsable des érosions. Il est important d'utiliser un dentifrice fluoré qui viendra fortifier l'émail et favoriser sa reminéralisation. Si ces érosions sont importantes, le chirurgien-dentiste peut appliquer un vernis fluoré à raison de deux fois par an ou mettre en place des résines pour remplacer l'émail détruit et protéger ainsi la dentine sous-jacente [69]. Enfin, une gouttière de protection mise en place avant les épisodes purgatifs peut être réalisée par le chirurgien-dentiste pour limiter les attaques acides.



Figure 5 : a) Érosions des faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristiques de vomissements récurrents, b) Érosions des faces vestibulaires des incisives maxillaires provoquées par des boissons acides, c) Atteinte érosive des pointes cuspidiennes causée par des vomissements récurrents [17]

4.2 Péri-mylolyse ou lésion cervicale d'usure

La zone cervicale située à la jonction entre la gencive et la dent est une zone vulnérable du fait de la présence d'une fine épaisseur d'émail. L'ingestion d'aliments acides, les vomissements récurrents, le brossage iatrogène (brossage intensif réalisé à l'aide d'une brosse à dent à poils médiums ou durs, de manière horizontale qui détruit mécaniquement l'émail dentaire) ainsi que la diminution du flux salivaire sont des facteurs de risque à la mylolyse c'est-à-dire la destruction de la zone cervicale de la dent (Figure 6). Ces lésions se retrouvent fréquemment chez les patients atteints d'anorexie mentale [68][69].

Afin de prévenir ces lésions cervicales d'usure, il est conseillé de se rincer la bouche à l'eau ou avec une solution de bicarbonate de soude après ingestion d'aliments acides ou de phénomène de purge et d'instaurer une fréquence de brossage maximum de trois fois par jour avec une brosse à dent à poils souples de manière verticale (de la gencive vers la dent). Le brossage doit être réalisé avec un dentifrice fluoré pour renforcer l'émail.



Figure 6 : Lésions cervicales d'usure causées par brossage iatrogène et acidité extrinsèque [73]

5. Lésions carieuses

Les caries sont d'origine infectieuses et relèvent de plusieurs facteurs. Le processus carieux dépend de l'équilibre entre les facteurs d'agression des bactéries cariogènes du biofilm dentaire, influencé par l'alimentation et les défenses de l'hôte. Les caries correspondent à la déminéralisation des tissus durs de la dent. Elles sont causées par une dysbiose du biofilm supra-gingival associée à une consommation excessive de sucres et/ou à une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Dans le cas où la consommation de sucres est faible et peu fréquente, les communautés microbiennes sur les dents restent stables. La baisse épisodique du pH due à la production d'acides par certaines bactéries peut être facilement neutralisée par la salive, qui restaure et maintient la minéralisation de l'émail. Cependant, une consommation importante et répétée de glucides fermentescibles entraîne souvent une augmentation de la production d'acides, une diminution du pouvoir tampon salivaire et donc une diminution du pH. Cette acidification de l'environnement, perturbe l'équilibre entre les commensaux et les pathogènes [71][72]. La composition du biofilm supra-gingival évolue en faveur d'une augmentation de pathogènes cariogènes comme *Streptococcus mutans*, *Actinomyces*, *Lactobacillus* et *Bifidobacterium spp* [73][74][75]. Cette acidification accrue s'accompagne aussi d'une perte de diversité et d'une réduction du niveau et de l'activité métabolique des bactéries bénéfiques, qui préfèrent se développer à un pH neutre. Si le biofilm n'est pas éliminé et que la consommation fréquente de sucres se poursuit, il en résulte un état d'acidification prolongé et répété à l'origine de la déminéralisation de l'émail et donc de la carie.



Figure 7 : Carie cervicale [45]

Les personnes atteintes d'anorexie mentale sont vulnérables à ce processus carieux par l'existence des grignotages récurrents, une prise sucrée importante sur un tissu dentaire abimé par les phénomènes de purge, une mauvaise hygiène ou un brossage consécutif aux vomissements.

Il est important d'avoir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse avec deux brossages minimums par jour pendant 2 minutes et de limiter les grignotages. En cas d'apparition de lésions carieuses, une prise en charge précoce est primordiale pour arrêter le processus et éviter un délabrement important des dents. Dans le cas contraire, l'évolution de la carie peut atteindre la pulpe (nécessitant la dévitalisation de la dent) voire les racines de la dent (nécessitant l'extraction car jugée non conservable).

Le tableau suivant résume les différentes répercussions bucco-dentaires que l'on peut retrouver chez les patients atteints d'anorexie mentale évoquées tout au long de cette partie 2.

Lésions bucco-dentaires	Anorexie restrictive	Anorexie avec purge
<i>Érosion - Mylolyse</i>	X (Origine extrinsèque)	X (Origine extrinsèque +intrinsèque)
<i>Carie</i>		X
<i>Ulcérations - Morsures</i>	X	X
<i>Candidose</i>	X	X
<i>Gingivite</i>	X	X
<i>Parodontite</i>	X	X
<i>Hypertrophie des glandes salivaires</i>		X

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des répercussions bucco dentaires en fonction du type d'anorexie mentale (origine extrinsèque comprend l'ingestion d'aliments acides et/ou sucrés et origine intrinsèque comprend les comportements de purge)

Partie 3 : Étude clinique qualitative - Dent 'anorexie

Nous avons décrit dans la partie précédente les conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale. Mais qu'en est-il de l'estime de soi des patients atteints d'anorexie mentale en rapport avec leur sphère orale ? Et quels sont leurs besoins en termes de santé bucco-dentaire ?

Généralement, les personnes souffrant de TCA sont significativement évaluées comme manquant d'estime de soi, et les résultats de la recherche soutiennent le rôle central de la faible estime de soi en tant que facteur prédisposant, précipitant et perpétuant de ces troubles [77][78][79]. Plus spécifiquement, les résultats d'une étude suggèrent une estime de soi significativement plus faible chez les personnes atteintes d'anorexie mentale que chez les témoins non atteints ($d = -1,90$, $p < 0,001$) [80].

Au niveau de la sphère orale, d'après l'étude de Dynesen et al. de 2018 visant à évaluer les connaissances, l'expérience et l'attitude en matière de santé et comportements bucco-dentaires chez les personnes atteintes de TCA, les participants ayant des expériences moins positives de communication avec des dentistes ont exprimé le besoin d'avoir des dentistes possédant des connaissances spécialisées sur les troubles alimentaires et des compétences en communication qui mettent l'accent sur une approche ouverte, empathique et de reconnaissance du professionnel envers eux [81].

La littérature internationale n'apparaît pas très riche dans la description de la compréhension de la perception des sujets atteints d'anorexie au regard de leur cavité buccale. Ceci est surprenant dans la mesure où la cavité buccale est une zone anatomique particulièrement concernée par l'alimentation, et chargée de représentations pouvant interférer avec les comportements liés à l'alimentation.

Pour approfondir ce sujet, nous avons projeté de réaliser une étude qualitative dans le service de Nutrition du CHU de Toulouse, afin de comprendre les inter-relations entre cette zone anatomique et des enjeux comportementaux liés à l'anorexie. Les objectifs de cette étude étaient d'explorer la perception et les représentations associées à la bouche chez les patients atteints d'anorexie mentale ainsi que leurs besoins en matière de suivi bucco-dentaire. Pour cela, nous avons eu recours à la méthode d'analyse thématique d'entretien semi-directifs. Cette approche qualitative doit nous permettre de mettre en évidence de nouvelles interrogations qui n'auraient pu être révélées *via* un questionnaire classique. Les entretiens semi-directifs permettent d'évaluer les répercussions psychologiques des conséquences bucco-dentaires de l'anorexie mentale et d'identifier d'éventuels besoins spécifiques en matière d'environnement et d'accompagnement bucco-dentaire.

De plus, une meilleure compréhension des représentations de la bouche chez les patients atteints d'anorexie, ainsi que le recueil de leurs interrogations sur les problèmes et maladies buccales pourraient permettre d'améliorer le suivi de ces patients notamment en terme de parcours de santé interprofessionnel. En effet, un accompagnement interdisciplinaire et une coordination entre le médecin et le chirurgien-dentiste semblent

essentiels et indispensables dans le suivi psychologique et médical de l'anorexie mentale. Notre hypothèse est que ce travail pourrait permettre de mettre à jour de nouvelles propositions d'organisation du parcours de soins.

1. Matériels et méthodes

L'étude DENT'ANOREXIE a été réalisée dans le service de Nutrition de Ranguel du CHU de Toulouse de décembre 2023 à février 2024. Les 12 entretiens ont été effectués par la même personne.

1.1 Principe de l'étude

L'étude DENT'ANOREXIE correspond à une recherche monocentrique, portée par le CHU de Toulouse prévoyant le recueil de données à partir d'entretiens semi-directifs de patients pris en charge dans le service de nutrition du CHU de Toulouse pour anorexie mentale diagnostiquée selon la DSM- 5. L'objectif de cette étude est d'explorer comment les représentations de la bouche et les perceptions de cette zone anatomique interagissent avec les comportements associés à la santé chez les patients atteints d'anorexie mentale.

1.2 Participants

Les critères d'inclusion de l'étude concernaient les sujets :

- Présentant une anorexie mentale diagnostiquée selon la DSM-5 (5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques)
- De plus de 18 ans
- En capacité de recevoir l'information sur le déroulé de l'étude et de comprendre le formulaire d'information impliquant de maîtriser la langue française
- Non soumis à une restriction de droits par les autorités judiciaires
- Ayant donné leur accord pour participer à l'étude

Les critères de non-inclusion de cette étude concernaient les sujets :

- Sous sauvegarde de justice
- Dépendants
- Sous tutelle ou curatelle
- Mineurs

1.3 Guide d'entretien

Les thématiques abordées lors de l'entretien semi-directif ont été :

- La perception de la bouche dans les habitudes de vie générales chez les participantes (état de santé général, parcours de vie)
- La perception de la bouche dans les habitudes bucco-dentaires personnelles chez les participantes (influence de l'anorexie mentale sur la bouche et sa représentation)
- Et la perception des relations des participantes avec le système de soin professionnel

Les entretiens semi-directifs ont été effectués jusqu'à l'obtention de la saturation thématique. Cette dernière est atteinte quand aucun nouveau thème n'émerge de 2 entretiens consécutifs ce qui correspond en général à une douzaine de participants.

1.4 L'analyse thématique

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits par traitement de texte afin d'être analysés. Après la retranscription écrite, les enregistrements ont été effacés. Ensuite l'analyse thématique (d'après Braun et Clarke, 2006 [82]) a été ensuite réalisée en suivant plusieurs étapes :

1. Debriefing des entretiens avec les co-chercheurs et écriture d'un rapport d'entrevue (commentaires écrits par l'investigateur immédiatement après l'entretien afin de le résumer, d'identifier de nouvelles hypothèses, et de préparer l'entretien suivant)
2. Transcription des entretiens, lecture et relecture des données
3. Codage des données, et regroupement des données affiliées à un même code
4. Regroupement des différents codes en thèmes généraux
5. Organisation des thèmes (modifications, fusions et/ou suppressions)
6. Description des thèmes et illustrations avec des extraits de données
7. Rapport d'analyse, interprétation et discussion par rapport aux objectifs de la recherche

Le logiciel d'analyse qualitative utilisé pour analyser ces entretiens a été MaxQDA 24.

1.5

D'un point de vue réglementaire, cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé comme définie par l'article R1121-1 et ne nécessite pas l'avis d'un Comité de Protection des Personnes. Il s'agit d'une recherche en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. Cette recherche a été enregistrée au registre interne du CHU avec comme référence *RnIPH 2023-111*.

Chaque participante se voyait recevoir la notice d'information par voie postale au moins 15 jours avant le rendez-

vous. Avant l'entretien, la participante voyait son médecin nutritionniste afin d'échanger à nouveau sur les modalités de l'étude et de signer la note de consentement.

Pour préserver l'anonymat des participantes, les prénoms ont été modifiés dans l'analyse des résultats.

1.6 Aspects logistiques

Le protocole de l'étude a été présenté et remis aux infirmières du service afin d'organiser au mieux les inclusions.

1. Chaque participante potentielle durant la période d'inclusion a été informée par téléphone de l'étude en cours par l'infirmière du service nutrition du CHU de Rangueil
2. Si elle acceptait d'y participer, la notice d'information lui a été envoyée par voie postale
3. Le jour de la consultation avec le médecin nutritionniste, les modalités ont été présentées à nouveau et la note de consentement (de non opposition) a été signée avec le médecin
4. À la suite de son rendez-vous médical, la participante a été reçue pour réaliser l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits. La patiente a été informée de l'enregistrement en amont de l'entretien et pouvait à tout moment se rétracter.

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec des patientes atteintes d'anorexie mentale (type restrictif et type avec purge confondus) jusqu'à l'obtention de la saturation thématique.

2. Résultats

Nous avons réalisé dans le Service Nutrition du CHU de Rangueil, 12 entretiens du 12 décembre 2023 au 1^{er} Février 2024.

2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les personnes incluses étaient exclusivement des femmes âgées de 18 à 57 ans présentant un Indice de Masse Corporelle (IMC) compris entre 12 et 22 kg/m². Sur les 12 personnes incluses, 7 présentaient une anorexie restrictive et 5 avec une anorexie avec purge. La durée moyenne des entretiens a été de 33 min 41 sec ± 15 min 32 sec. Pour garantir l'anonymat des participantes, les prénoms des sujets ont été modifiés (Tableau 1).

Participants	Age	Sexe	Diagnostic	IMC (kg/m ²)	Durée de l'entretien
Margaux	36 ans	Femme	Anorexie avec purge	12,00	48 min 36 sec

Sandrine	18 ans	Femme	Anorexie restrictive avec hyperactivité physique	14,98	11 min 34 sec
Coline	36 ans	Femme	Anorexie restrictive	13,86	19 min 18 sec
Émilie	21 ans	Femme	Anorexie restrictive	17,00	60 min 42 sec
Dorine	24 ans	Femme	Anorexie/Boulimie avec purge et hyperactivité physique	17,00	29 min 28 sec
Carla	57 ans	Femme	Anorexie avec purge	22,00	46 min 52 sec
Judith	23 ans	Femme	Anorexie avec purge	15,30	32 min 51 sec
Iris	24 ans	Femme	Anorexie restrictive	14,93	22 min 09 sec
Cyrine	21 ans	Femme	Anorexie restrictive	17,45	48 min 27 sec
Lucie	23 ans	Femme	Anorexie avec purge	18,38	18 min 33 sec
Maé	27 ans	Femme	Anorexie restrictive avec hyperactivité physique	12,00	23 min 59 sec
Anne	48 ans	Femme	Anorexie restrictive	16,98	41 min 47 sec

Tableau 2 : Description de l'échantillon

2.2 Thème 1 : La perception de la bouche dans les habitudes de vie générales chez les participantes

La bouche est un lieu stratégique dans l'anorexie mentale, elle est liée à des préoccupations significatives et impacte jusqu'à des habitudes de vie générale chez ces participantes (Tableau 2). Margaux définit sa bouche comme : « *La bouche c'est quand même là où passe l'alimentation, c'est très symbolique* ». En effet, la participante est souvent à la recherche de contrôle et la bouche est un levier de certaines conduites obsessionnelles retrouvées dans la maladie. Rien n'est laissé au hasard, tout est contrôlé dans les moindres détails notamment les calories ingérées.

Cependant, si la bouche est parfois au centre des préoccupations, les liens entre la maladie et les dommages qui peuvent dégrader celle-ci sont souvent méconnus des participantes. Le déni de la maladie et de ses conséquences sur le corps est souvent retrouvé chez ces participantes au début de la maladie. La prise de conscience peut parfois prendre du temps, les dégradations dentaires ne sont pas les premières conséquences visibles. Lors d'une hospitalisation, la bouche est un aspect secondaire de la santé pour les participantes et les soignants.

Les personnes atteintes d'anorexie mentale sont souvent isolées, s'enferment sur elles-mêmes et leurs relations sociales en sont impactées. Les relations avec les proches sont détériorées comme l'exprime Cyrine : « *J'étais tout le temps agressive avec les gens. J'étais surtout très sauvage. On aurait dit, un peu redevenu à l'état sauvage où personne ne pouvait me toucher, personne ne pouvait m'approcher. J'étais très à fleur de peau...* ». Au sein de ces relations sociales modifiées, la bouche constitue un véritable enjeu psychosocial. De plus, les participantes semblent apporter de l'importance à leur apparence qui joue un rôle au sein de l'intégration dans la société. Un complexe esthétique concernant les dents et le sourire peut initier ou entretenir l'isolement social constituant une barrière aux interactions ; mais aussi mettre en place des stratégies d'évitement. La perte d'un sourire « spontané » laisse place à un sourire « crispé » comme on le

retrouve dans le témoignage de Cyrine (Tableau 2). Cette perte de sourire traduit un mal-être. Émilie : « *Quand j'étais petite je souriais beaucoup apparemment. Et ça fait quelque temps qu'on me dit que j'ai perdu le sourire, que je n'éclaire plus le visage des gens* ». La notion de perte de pensées rationnelles est évoquée à plusieurs reprises, se retrouver « dépossédé de ses actions » avec l'expression « être un zombie ». Avoir un sourire « forcé » sur les photos, pour ne pas laisser apparaître son mal-être, son obsession pour les calories : « être un pantin » (Tableau 2).

Enfin, la bouche est source de douleurs dentaires avec une altération de la qualité de vie pour les participantes. Les repas sont des moments redoutés et les douleurs dentaires le rendent encore plus redoutable. Anne : « *Un jour, je me suis dit je vais me faire arracher toutes les dents et je vais faire mettre que des facettes. Parce que j'en avais marre d'avoir mal aux dents.* ».

Carla a trouvé une astuce pour continuer à manger du vinaigre « *J'en suis arrivée à même le diluer avec de l'eau, je sentais que c'était plus mangeable pour moi brutalement... Ce n'était pas fou. Parce que j'aime bien, je veux du goût. je suis frustrée et le vinaigre, c'est fort quoi. Mais du coup, ça fait mal aussi, forcément.* ». La sensibilité gustative par diminution des papilles gustatives peut être altérée. Plusieurs participantes évoquent rajouter des épices pour rajouter du goût à leurs repas, enlever de la frustration alimentaire. De plus, les aliments acides utilisés comme coupe faim ou exhausteur de goût provoquent des érosions et peuvent entraîner des sensibilités dentaires. Il faut alors trouver des stratégies pour continuer à manger ces aliments en les diluant voire même les exclure.

<u>Thèmes</u>	<u>Citations</u>
La bouche : levier de contrôle	<p>Anne : « <i>J'ai un rapport à la bouche, je pense compliqué. L'impression de vouloir se remplir dans les périodes de boulimie ou alors se freiner et que pas grand-chose passe par la bouche dans les périodes d'anorexie.</i> »</p> <p>Carla : « <i>J'ai tout calculé. Il faut que mes plats soient un peu gras en fait pour que ça passe mieux pour que je vomisse. Je vais me faire une salade copieuse ou je sais qu'elle est vomissable.</i> »</p>

La bouche : aspect
secondaire pour la santé
(déli/méconnaissance)

Maé : « *J'ai été décontenancée quand j'ai vu le lien que vous vouliez faire entre dentition et troubles du comportement alimentaire, voire même anorexie plus particulièrement parce que c'est quelque chose qui ne m'avait jamais, jamais, jamais été présenté.* »

Sandrine : « *Comment le fait de perdre du poids, ça peut entraîner des problèmes dentaires ?* »

Coline : (...) *On a tendance à négliger les soins du corps. Mon corps c'était le cadet de mes soucis à ce moment-là. On se laisse aller sur les bobos annexes* »

Coline : « *Ma santé bucco-dentaire s'est extrêmement aggravée en lien avec la maladie. De la même manière que les cheveux deviennent moches, que les ongles deviennent moches, je pense que les dents aussi et je n'en avais pas conscience.* »

Margaux : « *Ici, la priorité ce n'est pas les dents. Il y a plus urgent.* »

<p>La bouche : un enjeu psychosocial</p>	<p>Margaux : « <i>Les dents c'est le paraître (.) Je ne vais pas rire à pleines dents quand je ris. Généralement, je mets la main dans la bouche ou je ris mais bon, sans trop montrer les dents. Je vais sourire mais garder la bouche fermée.</i> » Anne : « <i>J'aimerais bien mettre des facettes partout. Parce que j'ai les dents tachées. Je ne peux pas rester avec mes dents. j'ai les dents pourries.</i> » Cyrine : « <i>J'avais les traits très marqués, je n'avais plus de graisse dans les joues. Donc forcément, ça faisait un sourire très bizarre. Et après, je ne souriais jamais spontanément. J'étais tellement, tellement un zombie en fait. Un peu toujours focus sur les calories, faire le sport, et cetera. En plus, il n'y avait plus rien qui comptait pour moi. Ma famille, j'essayais de m'en détacher d'eux. J'étais très solitaire et du coup, le sourire, je ne souriais plus naturellement, c'était que sur les photos. c'était un sourire crispé et le manque d'émotion aussi dans les yeux. comme si je n'étais pas là. C'est un peu un pantin qui était là.</i> »</p>
<p>La bouche : source de douleurs / qualité de vie altérée</p>	<p>Margaux : « <i>Ce n'est pas simple, alors de manger quand en plus il y a des douleurs, c'est d'autant moins simple</i> »</p> <p>Anne : « <i>Un jour, je me suis dit je vais me faire arracher toutes les dents et je vais faire mettre que des facettes. Parce que j'en avais marre d'avoir mal aux dents.</i> »</p> <p>Margaux : « <i>Les douleurs dentaires je le place en second dans les douleurs les plus intenses de ma vie. J'ai souvenir que j'étais à deux doigts de me taper la tête contre les murs et être en surdose de doliprane.</i> »</p> <p>Dorine : « <i>J'avais mal quand je buvais quelque chose de froid, de chaud. C'était épouvantable.</i> »</p> <p>Carla : « <i>Suite à un vomissement, j'ai fait tomber mes couronnes de devant. quand il y a un gros pâté qui sort, ça fait de la pression sur la couronne et lors d'un vomissement, elle est tombée</i> »</p>

Tableau 3 : Citations des participantes illustrant la perception de la bouche dans les habitudes de vie générale chez les anorexiques

2.3 Thème 2 : La perception de la bouche dans les habitudes de vie personnelles chez les participantes

L'hygiène bucco-dentaire des participantes semblait être minutieuse et s'accompagnait de rituels.

On retrouve néanmoins deux points de vue différents qui expliquent la raison de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire (Tableau 3). Certaines, au travers du brossage, vont vouloir préserver leur bouche de leurs habitudes de vie délétères (vomissements par exemple), entretenir pour maintenir une bonne santé orale pour que « tout soit propre » et avoir une sensation de fraîcheur. D'autres utilisent des chewing-gums comme stratégie de nettoyage mais aussi pour maintenir cette sensation de fraîcheur. De plus, pour se déculpabiliser lors des phénomènes de purge qui peuvent être multiples au cours d'une même journée, la première chose après cette pratique va être pour certaines de se brosser les dents afin de les protéger contre l'acidité gastrique des reflux. Cependant, le maintien d'une bonne hygiène dentaire est pour d'autres une stratégie afin de se débarrasser des aliments, d'en finir avec le repas qu'elles redoutent tant et qui est source de calories. Le brossage est un rituel, pouvant aller jusqu'à une obsession et être exagéré. Le chewing-gum peut être une source d'angoisse par analogie avec les aliments qui sont synonymes de calories et certaines patientes, après un vomissement, ne peuvent plus rien avoir dans la bouche. Cyrine à propos du chewing gum : *J'avais l'impression que c'était un aliment en plus et que le fait de mâcher psychologiquement, ça me stressait* ». Ainsi observe-t-on divers comportements : certaines participantes ont la volonté de la maintenir « vide » et d'autres de la « surcharger » par une hygiène minutieuse qui peut être poussée à l'extrême.

La participante a parfois des pratiques iatrogènes à l'origine de blessures et de manifestations orales qui altèrent son quotidien et qualité de vie. Certaines participantes se retrouvent démunies face à ces manifestations orales qui peuvent être impressionnantes, douloureuses et, de plus, relativement méconnues des professionnels de santé. Souvent, elles n'ont pas conscience que cela peut être une conséquence indirecte de l'anorexie. Lors des entretiens, trois manifestations orales ont été rapportées : l'œdème de la luette, les brûlures par absorption de liquides brûlants et les bulles hémorragiques buccales. L'œdème de la luette est rare, il est la conséquence de reflux répétés par irritation acide du liquide gastrique. Les participantes décrivent avoir tout le temps froid et sont à la recherche d'astuces pour se réchauffer en permanence ; les brûlures en sont une conséquence. Plusieurs participantes ont évoqué ne pas attendre que les boissons refroidissent et donc se brûlent, parfois même avec de l'eau chaude seule. Ces participantes se retrouvent avec des cloques évoluant vers des desquamations plus ou moins importantes de la muqueuse du palais et des brûlures à la langue qui peuvent être très douloureuses.

Enfin, Judith (Tableau 3) nous a rapporté avoir plusieurs fois par mois une ampoule remplie de sang dans la bouche. Cette manifestation est rare et ces bulles hémorragiques buccales sont aussi appelées « *Angina Bullosa Hemorrhagica* ».

Thèmes	Citations
Habitudes d'hygiène : stratégies pour préserver ma bouche	<p>Margaux : « <i>Faire en sorte d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire. Pas pour l'esthétique mais si je veux continuer à croquer dans les pommes, il faut que j'entretienne. Sinon, purée, yaourt, je vais y être abonnée à vie.</i> »</p> <p>Carla : « <i>J'ai l'impression que tout est propre. Et pareil à chaque crise de boulimie pour éviter justement de me brosser les dents, je vais me rincer la bouche et prendre un chewing-gum pour me dire au moins moi, j'ai la sensation de m'avoir brossé les dents et j'aime bien cette fraîcheur et j'en prends tout le temps.</i> »</p> <p>Margaux : « <i>(Après les vomissements) je me lavais les dents en me disant au contraire : les acides, ça attaque les dents, si je me lave les dents ça attaquera moins c'est ce qu'il faut faire... Je frottai bien.</i> »</p>
Habitudes d'hygiène : stratégies pour éliminer les calories de ma bouche	<p>Cyrine : « <i>Je ne supportais pas avoir le goût des aliments dans la bouche (...) je me lavais les dents à chaque repas (...) Parfois je me les brossais pendant dix minutes (...) je n'avais pas envie d'avoir le goût des aliments dans la bouche. Parfois, je me disais : imagine t'as des aliments coincés dans la bouche (...) ça faisait des calories en plus.</i> » Cyrine : « <i>(Le chewing gum) j'avais l'impression que c'était un aliment en plus et que le fait de mâcher psychologiquement, ça me stressait.</i> »</p> <p>Margaux : « <i>(Après les vomissements) je me rince la bouche et pendant un moment je ne mange pas, même boire c'est compliqué de boire, de mettre à la bouche.</i> »</p>

<p>Qualité de vie orale modifiée par certaines manifestations orales indirectes de l'anorexie</p>	<p>Anne : « <i>J'ai eu un hématome à la glotte. Mais il faudrait prévenir que c'est possible parce que je ne pensais pas que c'était possible.</i> » Émilie : « <i>Quand on est dénutris, on a tout le temps froid. Donc je buvais eau chaude sur un eau chaude, mais sans mettre de choses à infuser dedans. Et je commençais à me faire des cloques au palais (...) quand je me fais avoir avec une patate chaude parce que j'ai pris l'habitude de plus passer les lèvres et de me dire ça brûle les lèvres je repose, mais plutôt de me dire ça réchauffe. Et des fois j'ai des morceaux de peau qui faisaient la taille du palais, qui partaient.</i> » Judith : « <i>Une ampoule de sang dans la bouche (...) c'est super gênant quand je mange. Et si je ne la perce pas, elle devient de plus en plus grosse. Je la perce, après ça saigne, après ça passe.</i> »</p>
---	--

Tableau 4 : Citations des participantes illustrant la perception de la bouche dans les habitudes de vie personnelles chez les anorexiques

2.4 Thème 3 : La perception des relations des participantes avec le système de soin professionnel

Les patientes anorexiques expriment souvent une relation particulière avec le système de soin professionnel (Tableau 4). En effet, au début de la maladie, elles ne consultent pas de leur plein gré et sont souvent redirigées par la famille ou un médecin de famille qui alerte sur la situation au cours de la consultation.

La prise de conscience est un prérequis pour sortir de la maladie. Les participantes ont besoin d'être informées, sensibilisées aux conséquences bucco-dentaires en lien avec leur maladie. Elles sont en attente d'un « déclic », d'un « électrochoc ». Émilie : « *J'attendais qu'une chose c'est qu'on me mette en face des dangers qu'il y avait avec la dénutrition. Donc, forcément, si on m'avait parlé, si on avait insisté sur la bouche, ça faisait un argument en plus* ». Une participante qui a compris les liens entre sa maladie et les conséquences que cela peut avoir sur sa santé orale peut commencer à intégrer une démarche de soins.

Cependant l'accès aux soins bucco-dentaires et la prise de rendez-vous peuvent être difficiles. Ainsi, Margaux évoque le besoin de consulter mais ne trouve pas de rendez-vous. De plus, elle explique avoir obtenu plus facilement un rendez-vous quand elle était hospitalisée grâce au médecin qui a appelé pour lui trouver un rendez-vous en urgence (Tableau 4).

Au début de la maladie, beaucoup de participantes sont dans le déni et ne font pas encore les liens entre leur

maladie et les conséquences sur leur santé en général, et encore moins leur bouche. De ce fait, être dans la démarche de soin et prendre un rendez-vous avec un dentiste peut s'avérer compliqué. Il semble alors plus facile pour la participante d'avoir recours à un dentiste dans un système de soins intégrés. Margaux garde par exemple un souvenir positif de la collaboration qu'il y a eu entre la faculté de chirurgie dentaire et le CHU de Ranguéil pour la soulager de ses douleurs dentaires : « *Le fait de me mettre en relation avec la faculté dentaire, ça avait été super, ils avaient fait un super boulot* ».

Quand la participante a réussi à intégrer le parcours de soins, les répercussions bucco-dentaires sont déjà installées et de nombreux soins sont à prévoir comme en témoigne Coline : « *J'ai des gros soins très réguliers alors qu'avant je n'avais pas de soin ni de carie.* ». Être prise en charge et accompagnée dans la réponse aux besoins de santé est une attente que plusieurs participantes relèvent dans les entretiens. Le dentiste, en éliminant les douleurs dentaires, permet aux patients de s'alimenter plus facilement améliorant ainsi leur qualité de vie orale. Il joue également un rôle d'informateur en incitant la participante à adopter une hygiène bucco-dentaire adaptée afin qu'il puisse davantage contrôler les risques de maladies.

Enfin, une expérience négative ou encore un jugement de la part d'un professionnel de santé peuvent faire abandonner les soins à la participante. Si le dentiste est perçu comme « *un dentiste plutôt version commerciale* », il sera compliqué pour la participante d'avoir recours à des soins chez celui-ci. Afin d'instaurer une relation de confiance, la participante doit se sentir écoutée et respectée. Le dentiste doit être formé à cette maladie afin d'aborder les patients atteints d'anorexie mentale d'une manière adaptée. De plus, la peur du jugement peut être un obstacle dans le parcours de soin comme l'exprime Margaux : « *Il faut qu'on sente qu'il y ait une écoute en face, il faut un non-jugement et que la porte soit ouverte si jamais (...) J'ai eu des professionnels qui ont eu un jugement parce qu'ils ne connaissaient pas la pathologie ou des propos déplacés* ». Enfin, l'aspect financier peut être un frein dans la prise en charge dentaire et conduire la participante à mettre en pause ses soins. Lucie : « *J'avais été chez le dentiste et je devais reprendre rendez-vous mais ma mutuelle a décidé de ne pas me rembourser. Donc je ne suis pas retournée chez le dentiste pour une fois que j'ai pris la décision d'aller chez le dentiste* ».

Thèmes	Citations
<p>Besoin d'être informé/sensibilisé aux conséquences bucco-dentaires pour prendre conscience</p>	<p>Coline : « <i>S'il y avait peut-être un professionnel des dents en lien avec nos hospitalisations ou prises en charge, c'est la sensibilisation, peut-être la prise de conscience parce qu'on a tendance à négliger les soins du corps (...)</i> <i>On se laisse aller sur les bobos annexes</i> »</p> <p>Émilie : « <i>J'attendais qu'une chose c'est qu'on me mette en face des dangers qu'il y avait avec la dénutrition. Donc, forcément, si on m'avait parlé, si on avait insisté sur la bouche, ça faisait un argument en plus.</i> » Émilie : « <i>Si on est envoyés et mis en relation avec un dentiste, je pense que ça peut nous aider aussi à prendre conscience des risques.</i> »</p>
<p>Faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires en intégrant le dentiste dans le service de nutrition</p>	<p>Margaux : « <i>Un partenariat, une facilité entre le service et le centre dentaire que les patients puissent rapidement être orientés, qu'on puisse avoir un rendez-vous en urgence. Moi, par exemple, je venais de loin. C'est vrai que ce n'était pas toujours facile. Il y a le transport aussi (...)</i> <i>Mais disons qu'à être hospitalisé, ça peut être l'occasion aussi de faire ces soins là (...)</i> <i>Je me rappelle la première hospitalisation, c'était un bilan qu'on avait fait (...)</i> <i>En fait, j'ai fait le check up complet, c'est vrai qu'un bilan dentaire aurait pu aussi se joindre au check up.</i></p> <p><i>Que ce soit en mode prévention, c'est le mieux. Ou alors comme moi quand on arrive en bout de course, en mode urgence, c'est vrai que c'est bien aussi que du coup il y a eu ce partenariat là et qu'il y ait pu avoir une prise en charge à nouveau de soins dentaires.</i> »</p>
<p>RDV - soins - expériences</p>	<p>Anne : « <i>On m'a posé des céramiques sur toutes les molaires en bas et en haut. J'ai des facettes devant aussi parce que les dents étaient abîmées (...)</i> <i>Mais depuis qu'elle m'a mis les céramiques, je n'ai plus de sensibilité des dents parce que j'avais énormément de sensibilités (...)</i> <i>C'était très gênant quand je mangeais le chaud et le froid ça me faisait très mal. Depuis que j'ai les céramiques (...)</i> <i>ça va bientôt faire 8-10 ans c'est vachement mieux. J'y ai passé du temps. Mais au final, j'étais contente, j'étais satisfait.</i> »</p>

<p>Abandon dans le parcours de soin</p>	<p>Margaux : « Elle m'avait donné des astuces (*) que j'utilise encore aujourd'hui. Je les ai incluses dans l'éducation thérapeutique, dans la prévention, dans tout ça. C'est vrai que si je l'avais su plus tôt, je l'aurais appliqué plus tôt. » *Astuces : « si vous avez des remontées acides, surtout ne vous lavez pas les dents de suite après, vous vous rincez la bouche et vous attendez un peu parce que les dents sont en train d'être attaquées. Donc, si vous passez par-dessus c'est pire. Elle m'a dit aussi d'y aller moins fort sur la brosse à dent »</p> <p>Émilie : « Pendant les consultations de dentiste, on ne peut pas non plus trop débattre et philosopher sur la vie et sur les solutions à avoir pour avancer, surtout quand on a la bouche ouverte et qu'il y a d'autres patients qui attendent derrière »</p> <p>Maé : « Si elle est formée (la dentiste) aux troubles alimentaires (...) Je pense qu'il y a la méconnaissance de la part du patient et la méconnaissance aussi de la part du professionnel de santé. »</p> <p>Margaux : « Si on les aborde avec discrétion, délicatesse, s'il y a un secret médical ou si on gueule le nom du patient dans tout le couloir et on lui dit que ce n'est pas bien qu'il se fasse vomir parce que du coup, ça attaque l'émail »</p> <p>Margaux : « C'est un dentiste plutôt version commerciale. T'as l'impression qu'il compte sur toi pour refaire faire sa piscine. Ça ne donne pas trop envie »</p> <p>Margaux : « Donc bon, quand on voit le coût (...) on va mettre en suspens »</p> <p>Lucie : « J'avais été chez le dentiste et je devais reprendre rendez-vous mais ma mutuelle a décidé de ne pas me rembourser. Donc je ne suis pas retournée chez le dentiste pour une fois que j'ai pris la décision d'aller chez le dentiste, j'y suis allée deux fois. Et la troisième fois, je me dis non, je ne peux pas revenir »</p> <p>Margaux : « Le dentiste il se fout de moi (...) Exécrable, très mauvaise prise en charge (...) Le dentiste où je suis allée, je n'y retournerai pas » Sandrine : « Il n'était pas trop à l'écoute »</p>
---	---

Tableau 5 : Citations des participantes illustrant la perception des relations de celles-ci avec le système de soin professionnel

3. Discussion

Notre étude comportait deux objectifs :

- Explorer la perception de la bouche et de la santé bucco-dentaire des patients atteints d'anorexie mentale au travers d'entretiens semi-dirigés
- Identifier les besoins de cette population en termes de suivi bucco-dentaire à l'hôpital

Pour ce faire, nous avons inclus 12 patientes dans un délai assez court d'un mois et demi. La saturation des données a été obtenue lors du 12^{ème} entretien. Nous avons un échantillon exclusivement féminin, ce qui est en phase avec la distribution décrite dans la littérature : l'anorexie mentale touchant principalement la population féminine avec 9 femmes pour 1 homme [8]. Les participantes ont été motivées et ont accepté de répondre très spontanément à ces entretiens. En effet, nous avons essuyé peu de refus ; les problèmes logistiques étant la raison principale de ces rejets (transports compliqués, manque de temps à cause des activités professionnelles...). Pour certaines c'est le sujet de l'étude qui les a motivées à venir partager leur expérience, pour d'autres c'est la curiosité et le besoin d'information. Au cours des entretiens, les participantes se sont confiées et ont abordé le vécu de leur maladie relativement facilement. Trois participantes souhaitent recevoir les résultats de l'étude, ce qui témoigne de leur intérêt pour ce sujet.

À la suite de l'analyse de nos résultats concernant la perception de la bouche et de la santé bucco-dentaire des patients atteints d'anorexie mentale, nous avons pu mettre en évidence 3 phases de la maladie :

- Une première phase appelée la **phase de l'isolement** : les participantes sont souvent dans le déni et ne perçoivent pas encore les conséquences de la maladie sur leur santé bucco-dentaire (Figure 8).
- Une deuxième phase qui est la **phase d'action** : les participantes sont sur le chemin de la guérison et sont à la recherche constante d'astuces pour s'en sortir (Figure 9).
- La troisième est la **phase de consolidation** : les participantes sont à l'écoute des moindres signes qui peuvent les faire rechuter. Elles ont appris à devenir actrice de leur santé, y compris au niveau de la sphère orale (Figure 10).

A des fins de synthèse, nous avons représenté sous la forme d'une image, la participante dans ces 3 phases de la maladie au travers de la symbolique d'une fleur : « la marguerite ». Chacune des 3 fleurs représente une patiente métaphorique dans une phase de sa maladie. Dans chaque phase, les attentes de la malade sont différentes ; à chacune d'entre elles, il conviendra alors d'adapter l'intervention du champ de la santé afin de l'accompagner au mieux.

La figure 8 représente la patiente dans la phase d'isolement : elle est dans le déni de sa maladie et ne voit pas d'intérêt de consulter un médecin nutritionniste à sa propre initiative. Elle est souvent orientée par le médecin

généraliste, ou conseillée par ses proches (famille, amies) qui s'inquiètent pour elle, ou encore à la suite d'un important malaise ou d'un bilan sanguin inquiétant. Ainsi, pour celle venant d'être diagnostiquée, l'informer sur les conséquences de la maladie est primordial. Ces premières informations peuvent être données par l'équipe soignante du service de nutrition. Les informations reçues seront plus ou moins bien réceptionnées en fonction de l'état psychologique dans lequel se trouve la patiente. Varier alors les sources d'information est un bon moyen afin qu'elle adhère à celle qui sera la plus pertinente pour elle : médecin, infirmier, intervenant extérieur comme le chirurgien-dentiste, affiches informatives dans le couloir du service hospitalier, notice d'information qu'elle peut relire tranquillement dans la chambre ou à la maison. A ce stade-là, la patiente souhaite avant tout être écoutée, respectée et informée.

Les souffrances et angoisses sont entretenues par les douleurs dentaires, les complexes esthétiques et le contrôle permanent de la bouche, assimilée à une porte d'entrée aux calories. L'insuffisance de l'offre de soin, le jugement médical et la méconnaissance des soignants ne fait qu'augmenter l'isolement et la culpabilité. Il est alors indispensable de mettre en place une coordination du système de santé avec une formation des soignants, une communication interdisciplinaire et un accès à des soins intégrés, partagés entre différents professionnels de santé.

Sur cette première représentation, la patiente est dans la survie, son équilibre de vie est précaire. Elle a besoin d'aide. Elle est à la recherche de conseils, d'astuces afin de limiter l'étendue des « dégâts » qu'elle « fait subir » à son corps, et plus particulièrement à sa bouche : endroit qu'elles « chouchoutent » parfois. Dans la majorité des témoignages recueillis, une hygiène dentaire minutieuse, plusieurs fois par jour, est mise en place ce qui peut paraître paradoxal. Les patientes sont submergées par leur anorexie, elles ne contrôlent plus l'emprise de la maladie et agissent comme des « pantins ». Les « bobos dentaires » ne sont pas la priorité et sont laissés de côté. Elles utilisent des stratégies d'évitement afin de limiter le sourire. Finalement, les problèmes dentaires participent à leur isolement.



La figure 9 évoque les patientes dans la phase d'action. Afin de rentrer dans le parcours de soin, d'accepter de se soigner, la patiente a besoin d'un « déclic » : la compréhension de la maladie et de ses

Figure 8 : La phase de l'isolement

conséquences est un préalable à la guérison. Cependant, la prise de conscience des conséquences dentaires est souvent tardive et les dégâts peuvent déjà être très avancés quand elles doivent consulter, le plus souvent suite à une douleur dentaire. Les nombreuses manifestations orales et notamment les douleurs dentaires nécessiteraient un suivi régulier chez le chirurgien-dentiste qui n'est pas le premier professionnel de santé à qui elles ont envie de se confier. Elles regrettent cependant de ne pas avoir été informées plus tôt.

De plus, le souhait d'améliorer la fonction psycho-sociale de leur apparence buccale, source de complexes majeurs qui altèrent les relations sociales est une demande de plusieurs patientes lors de ces entretiens. Dans cette phase d'action, la peur d'être jugée ou une mauvaise expérience avec un professionnel de santé peut freiner la prise en charge des patientes qui se braquent. Les soins dentaires pourront être initiés par la suite, quand la patiente a avancé dans sa démarche. Le but sera alors de lui permettre d'être co-actrice de sa santé, y compris au niveau buccal, et une équipe interdisciplinaire, formée aux liens entre l'anorexie et les manifestations orales pourra l'aider à contrôler les risques de maladie buccale. Un dentiste peut intervenir au sein de l'équipe hospitalière en leur proposant un bilan dentaire, et commencer à leur prodiguer des conseils. Il est donc très important que les chirurgiens-dentistes soient formés à ces troubles des conduites alimentaires pour savoir et pouvoir aborder sans jugement ces patientes qui abandonnent trop facilement les soins à cause d'une mauvaise première expérience.

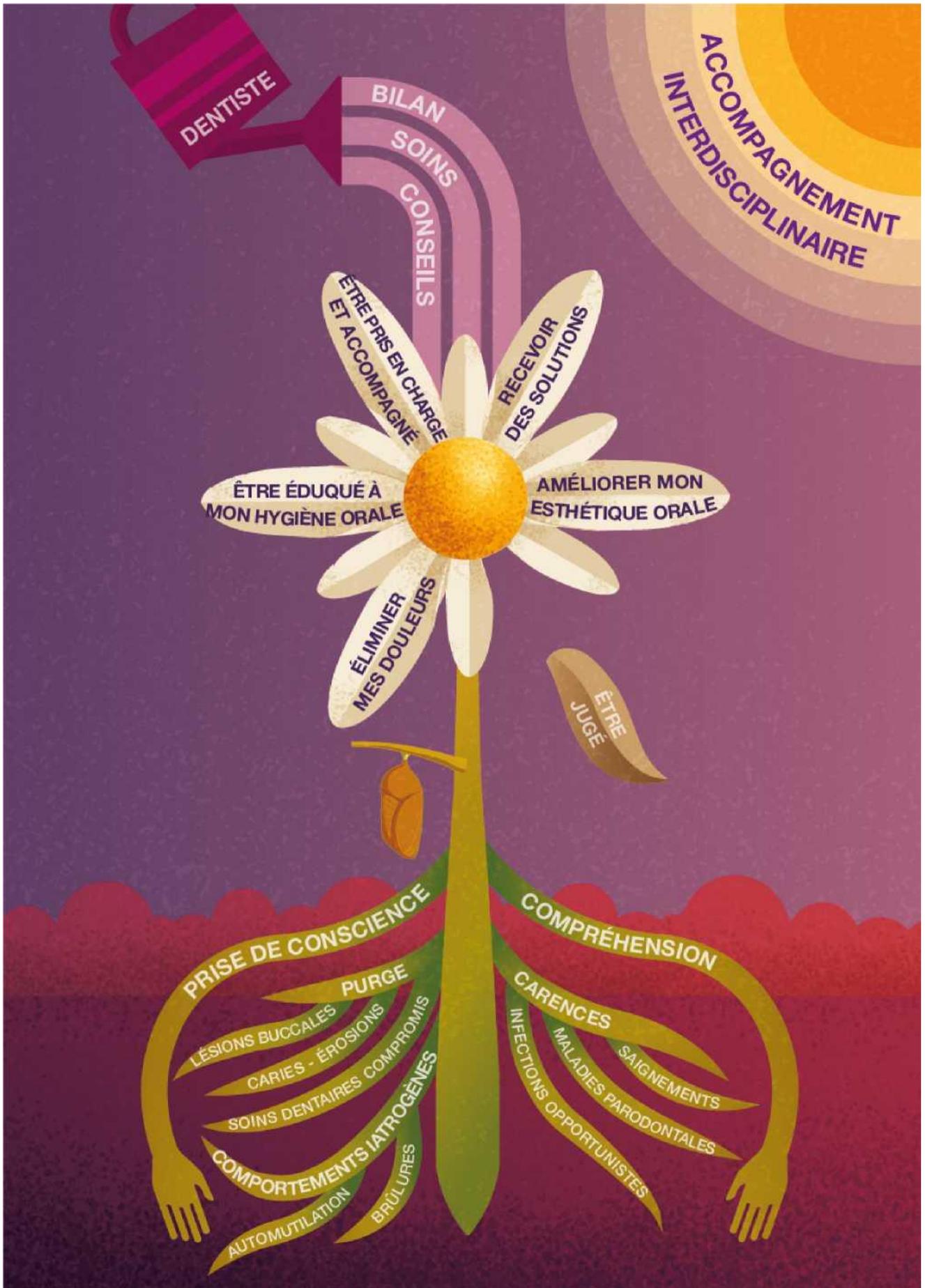
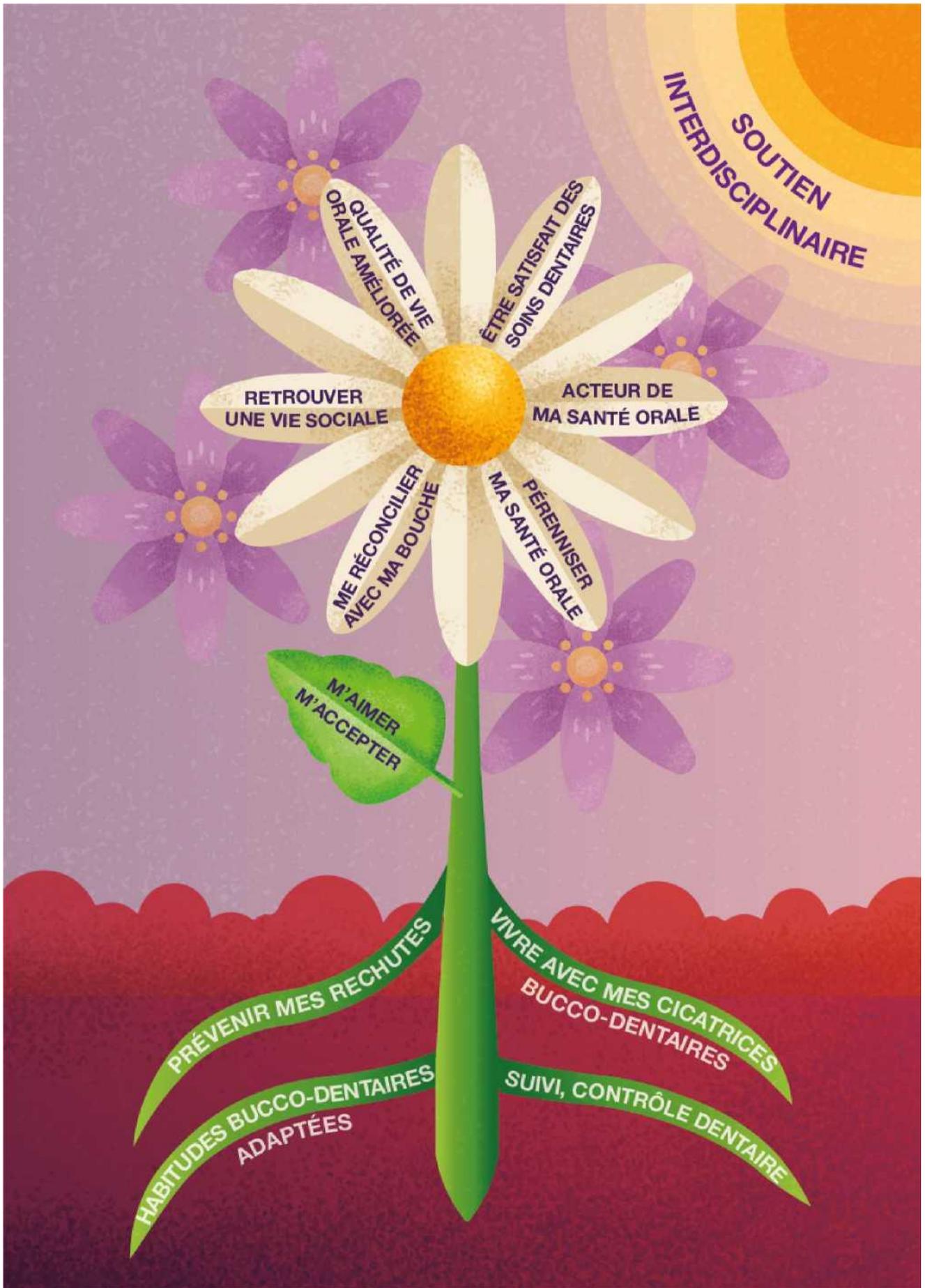


Figure 9 : La phase d'action

La Figure 10 représente la phase de consolidation. Il est essentiel d'apporter toutes les connaissances aux

patientes anorexiques afin qu'elles deviennent, de façon pérenne, co-actrices de leur santé et qu'elles utilisent des méthodes adaptées en matière de contrôle des risques de maladies orales dans la durée. Elles pourront ainsi organiser des suivis réguliers avec les différents professionnels de santé tout au long de leur vie. Un suivi régulier de 2 fois par an pourrait être mis en place chez le chirurgien-dentiste afin de limiter le risque d'apparition ou de progression de maladie buccale. Environ la moitié des patientes vont guérir et 30% vont simplement s'améliorer. Les rechutes concernant la moitié des patientes [83], il est donc très important d'organiser des suivis réguliers et de les inciter à les prévenir. La patiente doit être accompagnée et aider pour se reconstruire et vivre avec ses cicatrices. En retrouvant une bonne qualité de vie biopsychosociale, la participante « s'aime » à nouveau et retrouve confiance en elle. Cet équilibre peut être catalysé par le soutien d'une équipe interdisciplinaire qui l'accompagne régulièrement. Cette troisième fleur renait avec des racines solides et durables, des acquis appris tout le long de son parcours de soins grâce en partie aux actions coordonnées des différents intervenants.



Intervention du chirurgien-dentiste dans les trois phases de la maladie :

Figure 10 : La phase de consolidation

A l'issue de l'analyse des 12 entretiens, il apparaît évident que le chirurgien-dentiste a un rôle à jouer dans le parcours de soins de ces patientes. En effet, les entretiens ont révélé l'existence de problèmes dentaires (érosions, douleurs, parodontites...) et de complexes psycho-sociaux importants, ce qui est en phase avec les données de la littérature dans le domaine. Pour certaines, sourire est compliqué et elles souhaiteraient « *refaire leurs dents* ». « *Les dents c'est important* » est une phrase qui est revenue plusieurs fois au cours des entretiens. Dans la première phase de la maladie, le chirurgien-dentiste assure un rôle d'accueil et d'écoute auprès des patients afin de les aider à accepter leur maladie et à sortir du déni dans lequel ils sont enfermés.

C'est au cours de la deuxième phase qu'il pourra conseiller et prodiguer des soins à ces patients devenus plus réceptifs à leur nécessité et qui acceptent désormais la prise en charge.

Une relation de confiance doit pouvoir s'instaurer au fil du temps et permettre ainsi, dans la troisième phase, de mettre en place un suivi dentaire régulier et d'encourager le patient à pérenniser les conduites permettant de limiter les besoins bucco-dentaires.

En retrouvant une bonne santé au niveau de la bouche et en améliorant sa fonction psychosociale, le chirurgien-dentiste contribue à restaurer une meilleure image de soi, importante à la guérison et à la réinsertion sociale de ces patients. Ce suivi régulier est essentiel car les soins dentaires peuvent être compromis sur le long terme à cause notamment des phénomènes de purge : l'acidité gastrique compromet la longévité des colles utilisées et les restaurations de types couronnes peuvent à la longue se décoller. Cet aspect particulier est à prendre en compte par le dentiste et par le patient afin de mettre en place des rendez-vous de contrôle réguliers et trouver des astuces pour éviter ces désagréments. Par exemple, se rincer la bouche avec de l'eau ou solution neutre après un phénomène de purge.

La sensibilisation et la formation des chirurgiens-dentistes à ces troubles des conduites alimentaires sont donc essentielles pour aborder sans jugement ces patients, les soigner et leur redonner confiance en eux. Ils participeront ainsi à l'amélioration pérenne de leur qualité de vie.

4. Limites et perspectives

Cette étude nous a permis d'identifier des points clés pour l'amélioration de la santé des patients atteints d'anorexie mentale. Cependant, elle présente des limites. Il aurait été intéressant de réaliser des focus groupes qui permettent la stimulation des participants ainsi que l'émergence d'autres idées en complémentarité des entretiens individuels. De plus, nos inclusions ont été réalisées uniquement sur des participantes venant en consultation. Nous n'avons pas inclus de patients hospitalisés sur une semaine, qui correspondent à une population extrême de cette maladie et qui ne nous aurait pas permis de respecter le délai de réflexion nécessaire pour la participation de l'étude. Enfin, notre étude qualitative se concentre sur un seul centre hospitalier, et n'avait pas comme prérequis de tendre vers une représentativité de la population des personnes souffrant d'anorexie. Ceci limite donc la généralisabilité de nos résultats.

Une coordination interdisciplinaire entre les professionnels de santé s'avère essentielle pour améliorer la prise en charge des patients atteints d'anorexie mentale notamment en milieu hospitalier, mais aussi entre les

soins de ville et d'hôpital. Cette approche vise à éviter l'errance thérapeutique en favorisant les soins intégrés et une approche centrée sur la personne. Il est crucial d'intégrer le dentiste dans la prise en charge hospitalière afin d'apporter les connaissances bucco-dentaires et d'instaurer un suivi régulier afin d'assurer une continuité des soins. Pour ce faire, une formation des professionnels de santé est nécessaire afin d'éviter tout jugement de la part des soignants ce qui peut conduire à l'abandon des soins par le patient. De plus, une meilleure compréhension de la pathologie permet de prévenir les rechutes en adaptant les interventions en fonction de la phase de la maladie et en tenant compte de sa psychologie. En effet, les rechutes concernent la moitié des patients atteints d'anorexie mentale, ce qui est à prendre en compte dans la prise en charge [83]. Au CHU de Toulouse, l'absence de collaboration actuelle souligne le besoin d'intégrer de façon pérenne un lien entre le service dentaire et le service de nutrition pour assurer un suivi des patients de type « whole person care » et mettre en place des mesures préventives efficaces. Plusieurs articles soulignent l'intérêt de renforcer la formation des professionnels de santé sur les Troubles des Conduites Alimentaires et les conséquences bucco-dentaires associées. Par exemple, une étude transversale de 2021 a mis en évidence que les dentistes polonais ont suffisamment de connaissances sur l'anorexie mentale par rapport aux symptômes généraux de celle-ci mais qu'il existe des déficits en ce qui concerne les manifestations orales [84]. Par conséquent, il est nécessaire d'accroître la formation continue dans ce domaine, ce qui peut améliorer le diagnostic précoce de cette maladie par les chirurgiens-dentistes et l'orientation vers des spécialistes pour le traitement.

De plus, à l'occasion de la 6^{ème} journée internationale des TCA qui a eu lieu le 2 juin 2021, la FFAB (Fédération Française Anorexie Boulimie) a appelé à une meilleure sensibilisation sur le sujet, notamment à travers l'hashtag #NoMoreTCA, et à une prise en charge améliorée des malades par le système de santé. Elle encourage également les professionnels de santé à être attentifs aux signaux d'alerte. En septembre 2019, la FFAB, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS), a publié les premières recommandations sur le repérage et la prise en charge de ces troubles par les professionnels de santé de première ligne, tels que les médecins généralistes, les urgentistes, les gynécologues et les chirurgiens-dentistes [17]. Une tendance émergente dans la communauté dentaire et médicale souligne les avantages potentiels d'une meilleure intégration entre la médecine et la dentisterie, notamment une coordination accrue des soins primaires généraux et bucco-dentaires pour une prévention plus efficace des maladies. Elle sensibilise également les patients à l'importance de la bouche et réduit les obstacles à l'accès aux soins, ce qui pourrait d'ailleurs générer des économies de coûts [85].

Conclusion

La bouche est le lieu de nombreuses représentations et manifestations plus ou moins spécifiques à l'anorexie mentale. Certains comportements liés à ce trouble des conduites alimentaires (phénomènes de purge, boulimie) sont à l'origine de lésions orales, souvent douloureuses, qui altèrent la qualité de vie de ces patients et aggravent en retour leur maladie en accentuant leurs complexes et leur isolement. La dysbiose du microbiote oral ainsi que les carences nutritionnelles engendrées par les conduites des patients atteints d'anorexie mentale peuvent causer des pathologies bucco-dentaires.

Au travers de notre étude « DENT'ANOREXIE », nous avons identifié de nombreux besoins en termes de soins bucco-dentaires des patientes atteintes d'anorexie mentale, révélés au cours de leur prise en charge hospitalière. Leur motivation à participer à cette étude et leurs nombreuses interrogations concernant leur santé orale témoignent d'un intérêt à recevoir des conseils dentaires et d'être orientées vers un chirurgien-dentiste. En effet, l'analyse des entretiens révèle une image très dégradée de leur bouche.

La connaissance des conséquences bucco-dentaires par les différents acteurs de santé est indispensable afin d'instaurer un accompagnement interdisciplinaire efficace des patients atteints d'anorexie mentale. Il semble alors essentiel d'intégrer le chirurgien-dentiste dans le parcours de soins ainsi que de le former aux TCA afin de mettre en place une prise en charge personnalisée de chaque patient. Le chirurgien-dentiste a un rôle crucial à jouer en matière d'informations, de prévention, de soins et d'accompagnement auprès de cette population.

Présidente du jury :

Professeur Sara
LAURENCIN-DALICIEUX



Directrice de thèse :

Docteur Charlotte
THOMAS



Co-directeur de thèse :

Professeur Jean-Noël
VERGNES



Bibliographie

[1] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth

- Edition. American Psychiatric Association, 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- [2] A. Frydrych, G. Davies, et B. McDermott, « Eating disorders and oral health: A review of the literature », *Aust. Dent. J.*, vol. 50, no 1, p. 6-15, mars 2005, doi: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00079.x.
- [3] S. Hasan, S. Ahmed, R. Panigrahi, P. Chaudhary, V. Vyas, et S. Saeed, « Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health », *J. Fam. Med. Prim. Care*, vol. 9, n° 8, p. 3890, 2020, doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_608_20.
- [4] G. E. Romanos, F. Javed, E. B. Romanos, et R. C. Williams, « Oro-facial manifestations in patients with eating disorders », *Appetite*, vol. 59, n° 2, p. 499-504, oct. 2012, doi: 10.1016/j.appet.2012.06.016.
- [5] S. Kisely, « No Mental Health without Oral Health », *Can. J. Psychiatry*, vol. 61, n° 5, p. 277-282, mai 2016, doi: 10.1177/0706743716632523.
- [6] Haute Autorité de santé (HAS), « Anorexie : prise en charge ». 2010. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_mentale.pdf
- [7] « CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité ». Consulté le: 17 avril 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1412387537>
- [8] M. Galmiche, P. Déchelotte, G. Lambert, et M. P. Tavolacci, « Prévalence des troubles du comportement alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature », *Nutr. Clin. Métabolisme*, vol. 33, n° 1, p. 112, mars 2019, doi: 10.1016/j.nupar.2019.01.436.
- [9] M. P. Tavolacci, J. Ladner, et P. Dechelotte, « Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19 », *Nutr. Clin. Métabolisme*, vol. 36, n° 1, p. S28-S29, févr. 2022, doi: 10.1016/j.nupar.2021.12.053.
- [10] S. Grigioni et P. Déchelotte, « Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire », *Médecine Nutr.*, vol. 48, n° 1, p. 28-32, 2012, doi: 10.1051/mnut/201248102.
- [11] S. Chaulet, É. Riquin, G. Avarello, J. Malka, et P. Duverger, « Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent », *J. Pédiatrie Puériculture*, vol. 31, n° 3, p. 113-145, juin 2018, doi: 10.1016/j.jpp.2018.04.004.
- [12] *Référentiel des Collèges de Nutrition, édition 2021.*
- [13] H. W. Hoek et D. van Hoeken, « Review of the prevalence and incidence of eating disorders », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 34, no 4, p. 383-396, déc. 2003, doi: 10.1002/eat.10222.
- [14] F. Connan, I. C. Campbell, M. Katzman, S. L. Lightman, et J. Treasure, « A neurodevelopmental model for anorexia nervosa », *Physiol. Behav.*, vol. 79, n° 1, p. 13-24, juin

2003, doi: 10.1016/S0031-9384(03)00101-X.

- [15] W. Kaye, « Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa », *Physiol. Behav.*, vol. 94, n° 1, p. 121-135, avr. 2008, doi: 10.1016/j.physbeh.2007.11.037.
- [16] L. C. Andrist, « Media Images, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Adolescent Women »:, *MCN Am. J. Matern. Nurs.*, vol. 28, n° 2, p. 119-123, mars 2003, doi: 10.1097/00005721-200303000-00014.
- [17] HAS, « Recommandation de bonne pratique, Boulimie et Hyperphagie boulimique, repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste [Internet]. 2019 juin. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_dentaire_v2.pdf ». 2019.
- [18] J. Helfer, A. Favaro, et A.-E. Ambresin, « [Somatic care and complications of anorexia nervosa in adolescent girls] », *Rev. Med. Suisse*, vol. 12, n° 522, p. 1129-1132, juin 2016.
- [19] S. Cervera, F. Lahortiga, M. Angel Martinez-Gonzalez, P. Gual, J. D. Irala-Estévez, et Y. Alonso, « Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 33, n° 3, p. 271-280, avr. 2003, doi: 10.1002/eat.10147.
- [20] P. H. Silverstone, « Low Self-Esteem in Eating Disordered Patients in the Absence of Depression », *Psychol. Rep.*, vol. 67, n° 1, p. 276-278, août 1990, doi: 10.2466/pr0.1990.67.1.276.
- [21] S. Wilksch et T. D. Wade, « Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 35, n° 4, p. 571-578, mai 2004, doi: 10.1002/eat.10273.
- [22] S. Skrzypek, P. M. Wehmeier, et H. Remschmidt, « Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. », *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 10, n° 4, p. 215-221, déc. 2001, doi: 10.1007/s007870170010.
- [23] C. Bégin, K. Boucher, A. St-Laurent, J.-L. Heppell, et C. Ratté, « L'estime de soi explicite et implicite chez des femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires », *Rev. Québécoise Psychol.*, vol. 37, n° 1, p. 133-152, juin 2017, doi: 10.7202/1040107ar.
- [24] inserm, « Anorexie mentale Un trouble essentiellement féminin, à la frontière de médecine somatique et de la psychiatrie », 2017.
- [25] H. Roux, E. Chapelon, et N. Godart, « Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature », *L'Encéphale*, vol. 39, no 2, p. 85-93, avr. 2013, doi: 10.1016/j.encep.2012.06.001.
- [26] I. Lyon-Pagès, I. Carrard, S. Gebhard, et F. Stiefel, « Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner? », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 3, n° 98, p. 398-400, 2007, doi: 10.53738/REVMED.2007.3.98.0398.

- [27] H.-Ch. Steinhausen, C. Rauss-Mason, et R. Seidel, « Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research », *Psychol. Med.*, vol. 21, n° 2, p. 447-454, mai 1991, doi: 10.1017/S0033291700020559.
- [28] S. Schneiter, L. Berwert, O. Bonny, D. Teta, B. Vogt, et M. Burnier, « Les conséquences [b]rénales[/b] de l'anorexie », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 5, n° 192, p. 440-444, 2009, doi: 10.53738/REVMED.2009.5.192.0440.
- [29] J. T. Suokas, J. M. Suvisaari, M. Grainger, A. Raevuori, M. Gissler, et J. Haukka, « Suicide attempts and mortality in eating disorders: a follow-up study of eating disorder patients », *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 36, n° 3, p. 355-357, mai 2014, doi: 10.1016/j.genhosppsy.2014.01.002.
- [30] G. Portzky, K. Van Heeringen, et M. Vervaet, « Attempted Suicide in Patients With Eating Disorders », *Crisis*, vol. 35, n° 6, p. 378-387, nov. 2014, doi: 10.1027/0227-5910/a000275.
- [31] « Devoize L., Dallel R. Salivation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale, 28-150-M-10, 2010 ».
- [32] P. D. Marsh, T. Do, D. Beighton, et D. A. Devine, « Influence of saliva on the oral microbiota », *Periodontol. 2000*, vol. 70, n° 1, p. 80-92, févr. 2016, doi: 10.1111/prd.12098.
- [33] A. M. Lynge Pedersen et D. Belstram, « The role of natural salivary defences in maintaining a healthy oral microbiota », *J. Dent.*, vol. 80, p. S3-S12, janv. 2019, doi: 10.1016/j.jdent.2018.08.010.
- [34] S. P. Humphrey et R. T. Williamson, « A review of saliva: Normal composition, flow, and function », *J. Prosthet. Dent.*, vol. 85, n° 2, p. 162-169, févr. 2001, doi: 10.1067/mpr.2001.113778.
- [35] T. K. Fâbiân, P. Hermann, A. Beck, P. Fejérdy, et G. Fâbiân, « Salivary Defense Proteins: Their Network and Role in Innate and Acquired Oral Immunity », *Int. J. Mol. Sci.*, vol. 13, n° 4, p. 4295-4320, avr. 2012, doi: 10.3390/ijms13044295.
- [36] L. Engelen, « The relation between saliva flow after different stimulations and the perception of flavor and texture attributes in custard desserts », *Physiol. Behav.*, vol. 78, n° 1, p. 165-169, janv. 2003, doi: 10.1016/S0031-9384(02)00957-5.
- [37] J. K. M. Aps et L. C. Martens, « Review: The physiology of saliva and transfer of drugs into saliva », *Forensic Sci. Int.*, vol. 150, no 2-3, p. 119-131, juin 2005, doi: 10.1016/j.forsciint.2004.10.026.
- [38] A. W. Dynesen, A. Bardow, B. Petersson, L. R. Nielsen, et B. Nauntofte, « Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa », *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, vol. 106, n° 5, p. 696-707, nov. 2008, doi: 10.1016/j.tripleo.2008.07.003.
- [39] E. Kinnaird, C. Stewart, et K. Tchanturia, « Taste sensitivity in anorexia nervosa: A systematic

- review », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 51, n° 8, p. 771-784, août 2018, doi: 10.1002/eat.22886.
- [40] C. Dawes, « Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues », *J. Am. Dent. Assoc.*, vol. 139, p. 18S-24S, mai 2008, doi: 10.14219/jada.archive.2008.0351.
- [41] C. O. Dummett, « Effects of nutrition on dental health in Third World countries », *Quintessence Int. Dent. Dig.*, vol. 14, n° 2, p. 247-251, févr. 1983.
- [42] P. J. Moynihan, « The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. », *Bull. World Health Organ.*, vol. 83, n° 9, p. 694-699, sept. 2005.
- [43] J.-H. Lee, M.-S. Shin, E.-J. Kim, Y.-B. Ahn, et H.-D. Kim, « The association of dietary vitamin C intake with periodontitis among Korean adults: Results from KNHANES W », *PLOS ONE*, vol. 12, n° 5, p. e0177074, mai 2017, doi: 10.1371/journal.pone.0177074.
- [44] A. Tada et H. Miura, « The Relationship between Vitamin C and Periodontal Diseases: A Systematic Review », *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 16, n° 14, p. 2472, juill. 2019, doi: 10.3390/ijerph16142472.
- [45] M. Z. Marder, « Oral Status in Eating Disorders », in *Eating Disorders and the Skin*, R. Strumia, Éd., Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2013, p. 85-91. doi: 10.1007/978-3-642-29136-4_16.
- [46] E. Cauchois *et al.*, « Angioedèmes de la luvette: une série de 54 patients », *Rev. Médecine Interne*, vol. 44, p. A125, juin 2023, doi: 10.1016/j.revmed.2023.04.355.
- [47] J. Ruiz Beguerie et S. Gonzalez, « Angina bullosa hemorrhagica: report of 11 cases », *Dermatol. Rep.*, vol. 6, n° 1, mai 2014, doi: 10.4081/dr.2014.5282.
- [48] M. Spanjaard *et al.*, « Angine bulleuse hémorragique : une maladie rare, un diagnostic facile - à propos de 2 cas », *Rev. Médecine Interne*, vol. 37, p. A192-A193, déc. 2016, doi: 10.1016/j.revmed.2016.10.238.
- [49] J. Alberdi-Navarro, « Angina bullosa hemorrhagica an enigmatic oral disease », *World J. Stomatol.*, vol. 4, n° 1, p. 1, 2015, doi: 10.5321/wjs.v4.i1.1.
- [50] « Duquesne C, Thomas C, Cousty S, Laurencin-Dalicioux S, Vinel A. Effet des vitamines sur le parodonte et les maladies parodontales: une revue narrative des études cliniques Parodontologie Implantologie Orale (PIO), vol.2 - n°4 - oct-nov-déc 2022 ».
- [51] P. P. Hujoel, T. Kato, I. A. Hujoel, et M. L. A. Hujoel, « Bleeding tendency and ascorbic acid requirements: systematic review and meta-analysis of clinical trials », *Nutr. Rev.*, vol. 79, n° 9, p. 964-975, août 2021, doi: 10.1093/nutrit/nuaa115.
- [52] A. B. Rubinoff, P. A. Latner, et L. A. Pasut, « Vitamin C and oral health », *J. Can. Dent. Assoc.*, vol. 55, n° 9, p. 705-707, sept. 1989.
- [53] R. André, A. Gabrielli, E. Laffitte, et O. Kherad, « Scorbut atypique associé à une anorexie mentale », *Ann. Dermatol. Vénérologie*, vol. 144, n° 2, p. 125-129, févr. 2017, doi:

10.1016/j.annder.2016.06.005.

- [54] M. Nishida, S. G. Grossi, R. G. Dunford, A. W. Ho, M. Trevisan, et R. J. Genco, « Dietary Vitamin C and the Risk for Periodontal Disease », *J. Periodontol.*, vol. 71, n° 8, p. 1215-1223, août 2000, doi: 10.1902/jop.2000.71.8.1215.
- [55] M. F. Timmerman *et al.*, « Java project on periodontal diseases: the relationship between vitamin C and the severity of periodontitis », *J. Clin. Periodontol.*, vol. 34, n° 4, p. 299-304, avr. 2007, doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.01053.x.
- [56] H. Staudte, B. W. Sigusch, et E. Glockmann, « Grapefruit consumption improves vitamin C status in periodontitis patients », *Br. Dent. J.*, vol. 199, n° 4, p. 213-217, août 2005, doi: 10.1038/sj.bdj.4812613.
- [57] A. E. Abou Sulaiman et R. M. H. Shehadeh, « Assessment of Total Antioxidant Capacity and the Use of Vitamin C in the Treatment of Non-Smokers With Chronic Periodontitis », *J. Periodontol.*, vol. 81, n° 11, p. 1547-1554, nov. 2010, doi: 10.1902/jop.2010.100173.
- [58] E. Costantini *et al.*, « Evaluation of Salivary Cytokines and Vitamin D Levels in Periodontopathic Patients », *Int. J. Mol. Sci.*, vol. 21, n° 8, p. 2669, avr. 2020, doi: 10.3390/ijms21082669.
- [59] O. J. Abreu *et al.*, « Low vitamin D status strongly associated with periodontitis in Puerto Rican adults », *BMC Oral Health*, vol. 16, n° 1, p. 89, déc. 2016, doi: 10.1186/s12903-016-0288-7.
- [60] M. Laky *et al.*, « Serum levels of 25-hydroxyvitamin D are associated with periodontal disease », *Clin. Oral Investig.*, vol. 21, n° 5, p. 1553-1558, juin 2017, doi: 10.1007/s00784-016-1965-2.
- [61] W. Gao, H. Tang, D. Wang, X. Zhou, Y. Song, et Z. Wang, « Effect of short-term vitamin D supplementation after nonsurgical periodontal treatment: A randomized, double-masked, placebo-controlled clinical trial », *J. Periodontal Res.*, vol. 55, n° 3, p. 354-362, juin 2020, doi: 10.1111/jre.12719.
- [62] « Anti-inflammatory Effect of Vitamin D on Gingivitis: A Dose-Response Randomised Control Trial », *Oral Health Prev. Dent.*, vol. 11, n° 1, p. 61-69, mars 2013, doi: 10.3290/j.ohpd.a29377.
- [63] B. Yu et C. Wang, « Osteoporosis and periodontal diseases - An update on their association and mechanistic links », *Periodontol. 2000*, vol. 89, no 1, p. 99-113, juin 2022, doi: 10.1111/prd.12422.
- [64] J. Wactawski-Wende *et al.*, « The Role of Osteopenia in Oral Bone Loss and Periodontal Disease », *J. Periodontol.*, vol. 67, n° 10S, p. 1076-1084, oct. 1996, doi: 10.1902/jop.1996.67.10s.1076.
- [65] Y.-H. Yu, H.-K. Kuo, et Y.-L. Lai, « The Association Between Serum Folate Levels and Periodontal Disease in Older Adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey 2001/02: FOLATE AND PERIODONTAL DISEASE IN OLDER ADULTS », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 55, n° 1, p. 108-113, janv. 2007, doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.01020.x.

- [66] G. Zong *et al.*, « Serum vitamin B12 is inversely associated with periodontal progression and risk of tooth loss: a prospective cohort study », *J. Clin. Periodontol.*, vol. 43, n° 1, p. 2-9, janv. 2016, doi: 10.1111/jcpe.12483.
- [67] M. Peric, D. Maiter, E. Cavalier, J. F. Lasserre, et S. Toma, « The Effects of 6-Month Vitamin D Supplementation during the Non-Surgical Treatment of Periodontitis in Vitamin-D-Deficient Patients: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study », *Nutrients*, vol. 12, n° 10, p. 2940, sept. 2020, doi: 10.3390/nu12102940.
- [68] M. E. Barbour et A. Lussi, « Erosion in Relation to Nutrition and the Environment », in *Monographs in Oral Science*, vol. 25, A. Lussi et C. Ganss, Éd., S. Karger AG, 2014, p. 143-154. doi: 10.1159/000359941.
- [69] P. Colon et A. Lussi, « Minimal intervention dentistry: part 5. Ultra-conservative approach to the treatment of erosive and abrasive lesions », *Br. Dent. J.*, vol. 216, n° 8, p. 463-468, avr. 2014, doi: 10.1038/sj.bdj.2014.328.
- [70] H. Rangé, P. Colon, N. Godart, Y. Kapila, et P. Bouchard, « Eating disorders through the periodontal lens », *Periodontol. 2000*, vol. 87, n° 1, p. 17-31, oct. 2021, doi: 10.1111/prd.12391.
- [71] P. D. Marsh et E. Zaura, « Dental biofilm: ecological interactions in health and disease », *J. Clin. Periodontol.*, vol. 44, p. S12-S22, mars 2017, doi: 10.1111/jcpe.12679.
- [72] N. Takahashi et B. Nyvad, « The Role of Bacteria in the Caries Process: Ecological Perspectives », *J. Dent. Res.*, vol. 90, n° 3, p. 294-303, mars 2011, doi: 10.1177/0022034510379602.
- [73] E. Hajishengallis, Y. Parsaei, M. I. Klein, et H. Koo, « Advances in the microbial etiology and pathogenesis of early childhood caries », *Mol. Oral Microbiol.*, vol. 32, n° 1, p. 24-34, févr. 2017, doi: 10.1111/omi.12152.
- [74] A. Mira, A. Simon-Soro, et M. A. Curtis, « Role of microbial communities in the pathogenesis of periodontal diseases and caries », *J. Clin. Periodontol.*, vol. 44, n° S18, mars 2017, doi: 10.1111/jcpe.12671.
- [75] A. C. R. Tanner, C. A. Kressirer, S. Rothmiller, I. Johansson, et N. I. Chalmers, « The Caries Microbiome: Implications for Reversing Dysbiosis », *Adv. Dent. Res.*, vol. 29, no 1, p. 78-85, févr. 2018, doi: 10.1177/0022034517736496.
- [76] S. Kisely, H. Baghaie, R. Lalloo, et N. W. Johnson, « Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis », *Br. J. Psychiatry*, vol. 207, n° 4, p. 299-305, oct. 2015, doi: 10.1192/bjp.bp.114.156323.
- [77] P. Collin, T. Karatzias, K. Power, R. Howard, D. Grierson, et A. Yellowlees, « Multi-dimensional self-esteem and magnitude of change in the treatment of anorexia nervosa », *Psychiatry Res.*, vol. 237, p. 175-181, mars 2016, doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.046.
- [78] C. G. Fairburn, Z. Cooper, H. A. Doll, et S. L. Welch, « Risk Factors for Anorexia Nervosa:

- Three Integrated Case-Control Comparisons », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 56, n° 5, p. 468, mai 1999, doi: 10.1001/archpsyc.56.5.468.
- [79] C. Jacobi, C. Hayward, M. de Zwaan, H. C. Kraemer, et W. S. Agras, « Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. », *Psychol. Bull.*, vol. 130, n° 1, p. 19-65, 2004, doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19.
- [80] D. Kastner, B. Lowe, et A. Gumz, « The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa - A systematic review and meta-analysis », *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 52, n° 2, p. 101-116, févr. 2019, doi: 10.1002/eat.22975.
- [81] A. W. Dynesen, C. A. Gehrt, S. E. Klinker, et L. B. Christensen, « Eating disorders: experiences of and attitudes toward oral health and oral health behavior », *Eur. J. Oral Sci.*, vol. 126, n° 6, p. 500-506, déc. 2018, doi: 10.1111/eos.12578.
- [82] V. Braun et V. Clarke, « Using thematic analysis in psychology », *Qual. Res. Psychol.*, vol. 3, n° 2, p. 77-101, janv. 2006, doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- [83] C. Rondepierre, « Que deviennent nos anorexiques « guéries » ? », *J. Fr. Psychiatr.*, vol. n° 33, n° 2, p. 29-31, mai 2010, doi: 10.3917/jfp.033.0029.
- [84] A. Krukowska-Zaorska, K. Kot, E. Marek, W. Dura, K. Safranow, et M. Lipski, « Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia Nervosa Among Polish Dentists: A Cross-Sectional Study », *Front. Psychiatry*, vol. 12, 2021, Consulté le: 8 février 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.751564>
- [85] R. Gambhir, « Primary care in dentistry - An untapped potential », *J. Fam. Med. Prim. Care*, vol. 4, n° 1, p. 13, 2015, doi: 10.4103/2249-4863.152239.

Troubles du comportement alimentaire

Quelles répercussions bucco-dentaires ?



A Luna Desnot¹, Dr Monelle Bertrand², Dr Charlotte Thomas^{1,3}

1. Département d'odontologie, CHU de Toulouse

2. Service d'endocrinologie et nutrition, CHU

de Toulouse

3. Inserm UMR 1297, InCOMM, I2MC, Université de

Toulouse III, Toulouse

Les troubles du comportement alimentaire (TCA), qui regroupent l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique, sont des affections caractérisées par des désordres psychopathologiques qui affectent la relation des patients avec la nourriture et leur vision de leur corps à travers des habitudes alimentaires déséquilibrées. Les TCA sont particulièrement fréquents dans le diabète de type 1 et l'obésité (1-3). La prise en charge bucco-dentaire de ces patients est un enjeu majeur compte tenu de l'association entre ces pathologies et leurs répercussions bucco-dentaires.

Les restrictions alimentaires, les phénomènes purgatifs, ou encore les prises alimentaires répétées dans la journée contribuent à une mauvaise santé orale pouvant entraîner des doléances esthétiques et fonctionnelles.

Nous allons aborder dans cet article les manifestations orales ou extra-orales pouvant être retrouvées chez les patients atteints de TCA. Elles concernent les glandes salivaires, les muqueuses, les tissus parodontaux, et les dents. Nous décrivons également la prise en charge de ces affections et des conseils bucco-dentaires pouvant être transmis à ces patients.

Les TCA modifient l'environnement de la cavité orale, son microbiote et cela va avoir des répercussions sur les tissus dentaires et environnants. Selon le trouble du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique), le tableau clinique des répercussions bucco-dentaires peut être différent. Le **tableau 1** résume les différentes répercussions bucco-dentaires que l'on peut retrouver chez les patients atteints de TCA, elles seront détaillées dans cet article.

Tableau 1 - Tableau récapitulatif des répercussions bucco-dentaires en fonction des différents TCA (origine extrinsèque comprend l'ingestion d'aliments acides et/ou sucrés et origine intrinsèque comprend les comportements de purge).

Lésions bucco-dentaires	Anorexie restrictive	Anorexie - boulimie avec purge	Boulimie sans purge	Hyperphagie boulimique
Érosion - myolyse	X (origine extrinsèque)	X (origine extrinsèque + intrinsèque)	X (origine extrinsèque)	X (origine extrinsèque)
Carie		X	X	X
Ulcérations - morsures	X	X		
Candidose	X	X		
Gingivite	X	X	X	X
Parodontite	X	X	X	X
Hypertrophie des glandes salivaires		X		



Figure 1 -a. Lésion érosive sur le palais mou après stimulation excessive du réflexe nauséeux. b) Ulcération du palais dur causée par le doigt lors de la stimulation du réflexe nauséeux. c) Chéilite angulaire (17).

Les lésions salivaires

Rôles de la salive

La salive a **une influence majeure sur le microbiote oral et participe au maintien de l'homéostasie buccale**. Elle a un rôle protecteur par son action lubrifiante sur les muqueuses et les dents et son pouvoir tampon. La salive permet de maintenir un pH physiologique malgré les nombreuses variations liées à la prise alimentaire, mais aussi à l'acidité produite par les bactéries. Elle transporte des ions essentiels tels que le fluor, le calcium et le phosphate, nécessaires à la reminéralisation de l'émail après une attaque acide. De plus, elle a des propriétés antimicrobiennes par la sécrétion d'un fluide enrichi en agents immunologiques (IgA, IgG, IgM, mais aussi lysozyme, lactoferrine, mucines...). Enfin, le renouvellement du flux salivaire assure un nettoyage des surfaces dentaires et muqueuses en éliminant la flore polymicrobienne (4-8).

Effets des TCA

Les personnes atteintes de TCA ont un **flux salivaire diminué** par la prise d'antidépresseurs souvent retrouvée chez ces patients et par une activité physique intense

dans le cadre d'un comportement compensatoire extrême (9-10). De manière plus rare, en conséquence des vomissements provoqués, **des gonflements des glandes salivaires**, notamment de la parotide (rarement

submandibulaire) peuvent s'observer chez ces patients, ainsi qu'une **sensibilité gustative qui peut être réduite** transitoirement par diminution du flux salivaire et attaque acide des papilles gustatives (11-12).

Prise en charge

- L'application de **substituts salivaires sous forme de gel ou de spray buccaux** peut aider à la lubrification des muqueuses et diminuer la sensation de bouche sèche.
- De plus, **la mastication de chewing-gums sans sucre** stimule la production réflexe de la salive (4).

Les lésions muqueuses

Les lésions muqueuses retrouvées chez les patients souffrant de TCA sont la **conséquence de traumatismes iatrogènes ou de carences nutritionnelles** (vitamines B, C, fer).

Les irritations chroniques et les blessures

Les irritations chroniques dues à

des vomissements répétés ainsi que la **stimulation du réflexe nauséeux par des objets ou par les doigts** provoquent des blessures par irritation mécanique au niveau du palais et des muqueuses buccales (ulcérations, érosion, plaques érythémateuses...) (Fig. 1a et 1b). De plus, l'acidité gastrique entretient ces blessures et retarde la cicatrisation.

Les carences

nutritionnelles

• **Des carences en vitamines B** peuvent être associées à des érosions, des vésicules, des glossites, des stomatites, des gingivites, une dermatite, une perlèche ou encore des ulcérations gingivales (13, 14).

• **Une carence en vitamine C** se traduit par des muqueuses turgescentes avec des saignements spontanés (15, 16).

• **Une carence en vitamine B12** peut engendrer des brûlures au niveau de la langue, communément appelées la glossodynie.

De plus, ces carences nutritionnelles diminuent le potentiel régénératif des muqueuses et peuvent favoriser l'installation d'infections opportunistes comme la candidose, une infection fongique dont la forme la plus commune est la chéilite angulaire (17) (Fig. 1c).



Figure 2. *a) Érosions des faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristiques de vomissements récurrents. b) Érosions des faces vestibulaires des incisives maxillaires provoquées par des boissons acides (HAS). c) Atteinte érosive des pointes cuspidiennes causée par des vomissements récurrents (26).*

Prise en charge

- Une **hygiène bucco-dentaire satisfaisante** à raison d'un brossage au moins deux fois par jour avec l'utilisation de bain de bouche une fois par jour ainsi que la **supplémentation en vitamine B** (B1, B2, B3, B5, B6, B8) et C permettront de réduire la fréquence d'apparition de ces lésions.
- Ces blessures étant souvent douloureuses un **traitement symptomatique** comme l'application de gel buccal (Pansoral® ou Elugel®) soulage le patient, aide à la cicatrisation et évite les surinfections.
- Dans le cas de la présence d'une pathologie fongique, un **traitement local topique d'antifongiques** sous forme de gels ou bains de bouche pourra être prescrit (nystatine (Mycostatine®), amphotéricine B (Fungizone®), miconazole (Daktarin®, Loramyc®)).

Les lésions parodontales

Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent qui se compose de l'os, des gencives et du ligament qui entoure la dent.

Les carences nutritionnelles

Les carences nutritionnelles en vitamines B, C et D, retrouvées chez les patients souffrant de TCA,

peuvent avoir des conséquences sur le support parodontal des dents : atteintes gingivales et/ou osseuses (18).

- Un **déficit important en vitamine C** se manifeste par une gencive œdémateuse hypertrophique, turgescente et hémorragique.
- Une **carence en vitamine D** peut engendrer une baisse de la densité minérale osseuse (DMO) ce qui est associé à un risque plus élevé de parodontite par la perte de l'os alvéolaire (19,20,21).
- Une **concentration sérique basse de vitamines B9 et B12** est associée à une prévalence plus importante de parodontite (22, 23).

Les lésions dentaires

Les lésions dentaires regroupent les érosions, les péri-myolyses et les lésions carieuses.

Les érosions

Les érosions sont définies comme la destruction de l'émail, par un processus de déminéralisation par attaque acide sans cause bactérienne.

- Les **érosions d'origine intrinsèque**

Les érosions peuvent être d'origine intrinsèque avec pour cause l'**acidité des comportements de purge**

et donc des enzymes gastriques retrouvées dans la salive. Les zones les

plus touchées sont les faces palatines des dents maxillaires (Fig. 2a), mais aussi une atteinte des pointes cuspidiennes (Fig. 2c).

- Les **érosions d'origine extrinsèque**

Elles peuvent aussi être d'origine extrinsèque avec l'**ingestion d'aliments acides utilisés comme coupe-faim** (vinaigre, citron, soda), **et/ou d'aliments sucrés** dont les produits de dégradation par les bactéries buccales libèrent des dérivés acides et abaissent le pH buccal (24). En effet, un pH bas à répétition favorise le phénomène d'érosion dentaire. Les zones les plus touchées sont les faces vestibulaires des incisives maxillaires (Fig. 2b). Une hypersensibilité dentaire peut apparaître et causer des douleurs suite à des stimulus thermiques, sucrés, et même au simple toucher.

Prise en charge

- Afin de prévenir les sensibilités dentaires causées par l'érosion, il est conseillé aux patients de **se rincer la bouche après un épisode purgatif et d'attendre 20 min avant de se laver les dents** ce qui aura pour but de diminuer l'acidité buccale responsable des érosions.

- De plus, l'utilisation d'un **dentifrice fluoré** viendra fortifier l'émail et favoriser sa reminéralisation.
- Si ces érosions sont importantes, le chirurgien-dentiste peut appliquer un **verniss fluoré** à raison de deux fois par an ou mettre en place des résines pour remplacer l'émail détruit et protéger ainsi la dentine sous-jacente (25).
- Enfin, une **gouttière de protection** mise en place avant les épisodes purgatifs peut être réalisée par le chirurgien-dentiste pour limiter les attaques acides.

La péri-myolyse ou la lésion cervicale d'usure

La zone cervicale située à la jonction entre la gencive et la dent est une zone vulnérable du fait de la présence entre la couronne et la racine d'une fine épaisseur d'émail. **L'ingestion d'aliments acides, les vomissements récurrents, le brossage iatrogène** (brossage intensif réalisé à l'aide d'une brosse à dents à poils médiums ou durs, de manière horizontale qui détruit mécaniquement l'émail dentaire) ainsi que **la diminution du flux salivaire** sont des facteurs de risque à la myolyse, c'est-à-dire la destruction de la zone cervicale de la dent (Fig. 3) (24, 25).

- Afin de prévenir ces lésions cervicales d'usure, il est conseillé de **se**

Prise en charge

rincer la bouche à l'eau ou avec une solution de bicarbonate de soude après ingestion d'aliments acides ou de phénomène de purge et d'instaurer une fréquence de brossage maximum de trois fois par jour avec **une brosse à dents à poils souples et des mouvements de brossage verticaux** (de la gencive vers la dent).

- Le brossage doit être réalisé avec **un dentifrice fluoré** pour renforcer l'émail.

Les lésions carieuses

Le processus carieux dépend de l'équilibre entre les facteurs d'agression des bactéries cariogènes du biofilm dentaire, influencé par l'alimentation et les défenses de l'hôte. Les caries correspondent à la déminéralisation des tissus durs de la dent. Elles sont causées par une dysbiose du biofilm supra-gingival, associée à une consommation excessive de sucres et/ou à une mauvaise hygiène bucco-dentaire (28, 29).

Prise en charge

- Il est donc important d'avoir **une hygiène bucco-dentaire rigoureuse** avec deux brossages minimum par jour pendant 2 minutes et de **limiter les grignotages**.

- De plus, dans le cas d'apparition de lésions carieuses, **une prise en**

charge précoce est primordiale pour arrêter le processus et éviter un délabrement important des dents. Dans le cas contraire, l'évolution de la carie



Figure 3 Lésions cervicales d'usure causées par brossage iatrogène et acidité extrinsèque (27).

peut atteindre la pulpe nécessitant la dévitalisation de la dent, voire les racines de la dent et nécessiter l'extraction, car jugée non conservable.

Les personnes atteintes de TCA sont vulnérables à ce processus

carieux par l'existence des grignotages récurrents, une prise sucrée importante sur un tissu dentaire abimé par les phénomènes de purge, une mauvaise hygiène ou un

brossage consécutif aux vomissements.

À retenir

- La sphère oro-faciale, milieu intime chez les patients atteints de troubles alimentaires, est le lieu de nombreuses manifestations en lien avec la pathologie.
- Les habitudes néfastes (phénomènes de purge, boulimie) sont à l'origine de lésions orales, souvent douloureuses, qui peuvent altérer la qualité de vie de ces patients et aggraver leur maladie en accentuant leurs complexes et leur isolement.
- La dysbiose du microbiote oral ainsi que les carences nutritionnelles engendrées par les TCA peuvent causer des pathologies bucco-dentaires.
- Ainsi, les phénomènes douloureux ou les doléances esthétiques conduisent les patients à consulter le chirurgien-dentiste qui, lors d'un bilan bucco-dentaire, peut soupçonner un TCA. Inversement, lors d'une consultation médicale, les patients atteints de TCA peuvent se plaindre de douleurs dentaires, des muqueuses ou de gênes esthétiques au niveau de leur cavité orale. Il sera alors important d'orienter ces patients vers une prise en charge bucco-dentaire afin de répondre à leurs symptômes.
- La connaissance des conséquences bucco-dentaires par les différents acteurs de santé est indispensable afin d'instaurer une prise en charge pluridisciplinaire efficace de cette population.
- Il est recommandé d'instaurer un contrôle régulier chez le chirurgien-dentiste accru par rapport à la population générale d'au moins deux rendez-vous par an du fait du profil à risque de ces patients.

d'intérêt en rapport avec cet article.

Mots-clés

Troubles du comportement

alimentaire, Obésité, Diabète,
Répercussions bucco-dentaires

X Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens

Bibliographie

1. Gonçalves S, Barros V, Rui Gomes A. Eating-disordered behaviour in adolescents with type 1 diabetes. *Can J Diabetes* 2016 ; 40 : 152-7.
2. Darmon P, Eisinger M, Jalek A, Sultan A. Troubles des conduites alimentaires et diabète de type 1 : une relation complexe. *Med Met* 2021 ; 15 : 369-74.
3. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *J Adolesc Health* 2015 ; 56 : 19-24.
4. Devoize L, Dallel R. Salivation. *Med Bucc* 2010 ; 28-150-M-10.
5. Marsh PD, Do T, Beighton D, Devine DA. Influence of saliva on the oral microbiota. *Periodontol* 2000 2016 ; 70 : 80-92.
6. Lyng Pedersen AM, Belström D. The role of natural salivary defences in maintaining a healthy oral microbiota. *J Dent* 2019 ; 80 : S3-12.
7. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: Normal composition, flow, and function. *J Prosthet Dent* 2001 ; 85 : 162-9.
8. Fabian TK, Hermann P, Beck A et al. Salivary defense proteins: their network and role in innate and acquired oral immunity. *Int J Mol Sci* 2012 ; 13 : 4295-320.
9. Engelen L. The relation between saliva flow after different stimulations and the perception of flavor and texture attributes in custard desserts. *Physiol Behav* 2003 ; 78 : 165-9.
10. Aps JKM, Martens LC. Review: The physiology of saliva and transfer of drugs into saliva. *Forensic Sci Int* 2005 ; 150 : 119-31.
11. Dynesen AW, Bardow A, Petersson B et al. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* 2008 ; 106 : 696-707.
12. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Taste sensitivity in anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord* 2018 ; 51 : 771-84.
13. Dummett CO. Effects of nutrition on dental health in Third World countries. *Quintessence Int Dent Dig* 1983 ; 14 : 247-51.
14. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bull World Health Organ* 2005 ; 83 : 694-9.
15. Lee JH, Shin MS, Kim EJ et al. The association of dietary vitamin C intake with periodontitis among Korean adults: Results from KNHANES IV. *PLoS One* 2017 ; 12 : e0177074.
16. Tada A, Miura H. The relationship between vitamin c and periodontal diseases: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2019 ; 16 : 2472.
17. Marder MZ. Oral status in eating disorders. In : Strumia R, éditeur. *Eating disorders and the skin*. Berlin, Heidelberg: Springer 2013. p. 85-91.
18. Duquesne C, Thomas C, Cousty S et al. Effet des vitamines sur le parodonte et les maladies parodontales : une revue narrative des études cliniques. *PIO* 2022 ; 2 : 3850.
19. Costantini E, Sinjari B, Piscopo F et al. Evaluation of salivary cytokines and vitamin D levels in periodontopathic patients. *Int J Mol Sci* 2020 ; 21 : 2669.
20. Yu B, Wang C. Osteoporosis and periodontal diseases - An update on their association and mechanistic links. *Periodontol* 2000 2022 ; 89 : 99-113.
21. Wactawski-Wende J, Grossi SG, Trevisan M et al. The role of osteopenia in oral bone loss and periodontal disease. *J Periodontol* 1996 ; 67 : 1076-84.
22. Yu YH, Kuo HK, Lai YL. The association between serum folate levels and periodontal disease in older adults: data from the National health and nutrition examination survey 2001/02: folate and periodontal disease in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2007 ; 55 : 108-13.
23. Zong G, Holtfreter B, Scott AE et al. Serum vitamin B12 is inversely associated with periodontal progression and risk of tooth loss: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol* 2016 ; 43 : 2-9.
24. Barbour ME, Lussi A. Erosion in relation to nutrition and the environment. *Monogr Oral Sci* 2014 ; 25 : 143-54.
25. Colon P, Lussi A. Minimal intervention dentistry: part 5. Ultra-conservative approach to the treatment of erosive and abrasive lesions. *Br Dent J* 2014 ; 216 : 463-8.
26. HAS. Recommandation de bonne pratique. Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste. Juin 2019. Disponible sur : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_dentaire_v2.pdf.
27. Pollitano G, Peumans M. Lésions cervicales non carieuses. *Biomat Clin* 2017 ; 1 : 50-7.
28. Marsh PD, Zaura E. Dental biofilm: ecological interactions in health and disease. *J Clin Periodontol* 2017 ; 44 : S12-22.
29. Takahashi N, Nyvad B. The role of bacteria in the caries process: ecological perspectives. *J Dent Res* 2011 ; 90 : 294-303.



Table des illustrations

FIGURE 1 : FACTEURS POUVANT ETRE IMPLIQUES DANS LES REPERCUSSIONS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'ANOREXIE MENTALE	26
FIGURE 2 : A) LESION EROSIVE SUR LE PALAIS MOUS APRES STIMULATION EXCESSIVE DU REFLEXE NAUSEEUX, B) ULCERATION DU PALAIS DUR CAUSEE PAR LE DOIGT LORS DE LA STIMULATION DU REFLEXE NAUSEEUX, C) CHEILITE ANGULAIRE [44]	28
FIGURE 3: A) CLOQUES SUR LE BORD LATERAL DROIT DE LA LANGUE ; B) ULCERE SUPERFICIEL APRES RUPTURE DE LA BULLE HEMORRAGIQUE [49]	29
FIGURE 4 : GINGIVITE LIEE A UNE CARENCE EN VITAMINE C [44]	31
FIGURE 5 : A) ÉROSIONS DES FACES LINGUALES DU SECTEUR INCISIVO-CANIN MAXILLAIRE CARACTERISTIQUES DE VOMISSEMENTS RECURRENTS, B) ÉROSIONS DES FACES VESTIBULAIRES DES INCISIVES MAXILLAIRES PROVOQUEES PAR DES BOISSONS ACIDES, C) ATTEINTE EROSIVE DES POINTES CUSPIDIENNES CAUSEE PAR DES VOMISSEMENTS RECURRENTS [17]	32
FIGURE 6 : LESIONS CERVICALES D'USURE CAUSEES PAR BROSSAGE IATROGENE ET ACIDITE EXTRINSEQUE [73]	33
FIGURE 7 : CARIE CERVICALE [45]	34
<i>FIGURE 8 : LA PHASE DE L'ISOLEMENT</i>	51
<i>FIGURE 9 : LA PHASE D'ACTION</i>	53
<i>FIGURE 10 : LA PHASE DE CONSOLIDATION</i>	55
TABLEAU 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DES REPERCUSSIONS BUCCO DENTAIRES EN FONCTION DU TYPE D'ANOREXIE MENTALE (ORIGINE EXTRINSEQUE COMPREND L'INGESTION D'ALIMENTS ACIDES ET/OU SUCRES ET ORIGINE INTRINSEQUE COMPREND LES COMPORTEMENTS DE PURGE)	34

TABLEAU 2 : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	39
TABLEAU 3 : CITATIONS DES PARTICIPANTES ILLUSTRANT LA PERCEPTION DE LA BOUCHE DANS LES HABITUDES DE VIE GENERALE CHEZ LES ANOREXIQUES	42
TABLEAU 4 : CITATIONS DES PARTICIPANTES ILLUSTRANT LA PERCEPTION DE LA BOUCHE DANS LES HABITUDES DE VIE PERSONNELLES CHEZ LES ANOREXIQUES	45
TABLEAU 5 : CITATIONS DES PARTICIPANTES ILLUSTRANT LA PERCEPTION DES RELATIONS DE CELLES-CI AVEC LE SYSTEME DE SOIN PROFESSIONNEL	48

**EXPLORER LA PERCEPTION DE LA BOUCHE ET DE LA SANTÉ
BUCCODENTAIRE DES PATIENTS ATTEINTS D'ANOREXIE MENTALE :
ÉTUDE QUALITATIVE DENT'ANOREXIE**

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

La bouche, milieu intime chez les patients atteints d'anorexie mentale, est le lieu de nombreuses manifestations en lien avec la pathologie. Les habitudes néfastes, à l'origine de lésions orales importantes souvent douloureuses, altèrent la qualité de vie de ces patients. Dans notre étude « Dent'Anorexie » nous avons exploré la perception de l'estime de la bouche et de la santé buccale via un questionnaire qualitatif recueilli auprès de 12 patientes au sein du service de nutrition du CHU de Rangueil. Elle aura comme finalité de proposer des pistes d'amélioration dans le parcours de soin : une coordination des professionnels de santé est indispensable pour une prise en charge optimale dans laquelle le chirurgien-dentiste occupera une place essentielle d'informations, de prévention et de soins auprès de cette population.

TITRE EN ANGLAIS : EXPLORING THE PERCEPTION OF MOUTH AND ORAL HEALTH IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA : DENT'ANOREXIE QUALITATIVE STUDY

RÉSUMÉ EN ANGLAIS :

The mouth, an intimate area for patients suffering from anorexia nervosa, is the site of several pathological manifestations. These harmful habits, which cause significant and often painful oral lesions, impair these patients' quality of life. The aim of our "Dent'Anorexie" study is to explore the perception of esteem for the mouth and oral health via a qualitative questionnaire collected from 12 female patients in the nutrition department of Rangueil University Hospital. The aim will be to suggest ways of improving the patient's care pathway : coordination of healthcare professionals is essential for optimal patient care, with the dentist playing an essential role in providing information, prevention and care for this population.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLÉS : Troubles des Conduites Alimentaires, anorexie mentale, manifestations orales, prise en charge bucco-dentaire, santé bucco-dentaire, coordination interdisciplinaire

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de santé - Département d'odontologie 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse

Cedex09

Directeurs de thèse : Docteur Charlotte THOMAS et Professeur Jean-Noël VERGNES