

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique**Repérage et prise en charge de
l'état dentaire par le chirurgien-dentiste**

Fiche outil 7

Juin 2019

REPÉRAGE DE L'ÉTAT DENTAIRE

- **Penser à un trouble des conduites alimentaires, en particulier chez les adolescents et adultes jeunes, face à :**
 - des lésions érosives débutantes sur les faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire (liées à des vomissements répétés) ;
 - des lésions asymétriques des molaires mandibulaires (possible reflux nocturne fréquent lors de vomissements réguliers : position latérale durant le sommeil) ;
 - la présence de polycaries (maladie carieuse active) qui révèle souvent une alimentation déséquilibrée avec prise importante de sucres et multiplication des apports (sodas, grignotage) et la désorganisation des rythmes alimentaires ;
 - une sensibilité thermique (en particulier au froid) ou aux acides (début d'atteinte parodontale).
- **Comment aborder la possibilité de l'existence d'un trouble des conduites alimentaires avec le patient ?**
 - Être en tête à tête avec le patient (prévoir un temps en dehors de la présence des accompagnants et des éventuels personnels soignants).
 - Questionner sur le type d'aliments consommés, la fréquence et le mode de consommation.
 - Adopter une attitude bienveillante envers le patient, sans jugement ni culpabilisation.
 - Se baser sur les lésions constatées pour évoquer les habitudes alimentaires.
 - Avoir une attitude informative sur les mécanismes physiopathologiques impliqués et les stratégies de soins dentaires possibles. Ex. : reflux acide dont l'origine est à préciser (RGO, vomissements, mérycisme, etc.).

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DENTAIRE CHEZ UN PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

- Face à un patient souffrant de troubles des conduites alimentaires, il est recommandé de rechercher d'emblée l'existence des lésions dentaires et de les tracer dans le dossier du patient (indice BEWE¹).
- Le diagnostic doit se baser sur un examen clinique approfondi avant tout examen complémentaire.
- Il est recommandé de recueillir :
 - les attentes du patient (esthétiques, prise en charge de la douleur, réduction de la gêne fonctionnelle) ;
 - les habitudes alimentaires (abus d'aliments sucrés, etc.) et les éventuelles addictions associées (tabac, alcool, cannabis, opiacés, autres drogues) ;
 - la consommation médicamenteuse (rechercher une hyposialie d'origine médicamenteuse).

EXEMPLES D'IMAGES DE L'ÉTAT DENTAIRE OBSERVÉES EN CAS DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES



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



Figure 2. Érosions des faces vestibulaires des incisives maxillaires provoquées par des boissons acides.



Figure 3. Érosion des faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade avancé



Figure 4. Érosions des faces vestibulaires des incisives maxillaires associées à l'exposition à des colorants exogènes

1. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. Clin Oral Investig 2008;12 Suppl 1:S65-8.



Figure 5. Récessions gingivales chez une patiente atteinte d'anorexie boulimie

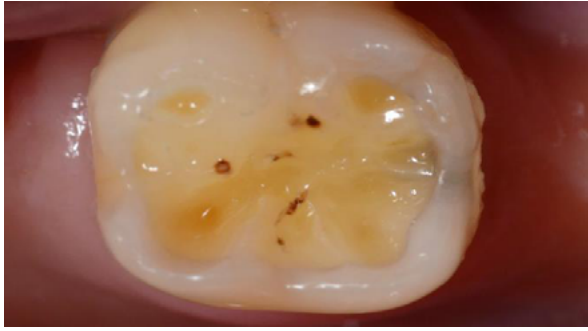


Figure 6. Érosion sur la face occlusale d'une molaire mandibulaire associée à des phénomènes de reflux acides



Figure 7. Atteinte érosive des pointes cuspidiennes causée par des vomissements répétés



Figure 8. Situation caractéristique d'un reflux gastro-œsophagien nocturne avec dissymétrie des figures d'érosion en relation avec une position latéralisée durant le sommeil. Patiente boulimique

TRAITEMENT

- Réaliser une classification par groupes thérapeutiques afin de mieux identifier et de mieux gérer la prise en charge clinique de ces patients.
- Cette classification permet en particulier de prendre en compte les complications associées et fréquentes que sont les troubles fonctionnels, la perte de dimension verticale de l'étage inférieur de la face et la nécessité de prendre en compte les aménagements parodontaux à mettre en œuvre pour un résultat à long terme.

Tableau 1. Classification par groupes thérapeutiques des pertes de substance étendues et orientations du schéma thérapeutique.

Catégorie	Perte de substance	Options thérapeutiques
Groupe 1	• Superficielles • amélaire (couronne) • dentinaires (racine)	• Conseils et mesures prophylactiques • Restaurations contre-indiquées
Groupe 2	• Modérées et isolées • amélo-dentaires • Sans trouble fonctionnel	• Restaurations adhésives directes • Recouvrements radiculaires parodontaux

Catégorie	Perte de substance	Options thérapeutiques
Groupe 3	● Prononcées ● intéressant un groupe de dents ● sans trouble fonctionnel	● Restaurations adhésives unitaires directes et/ou indirectes ● Aménagement parodontal souvent nécessaire
Groupe 4 4a et 4b	● Importantes et multiples ● Dégradation des rapports d'articulé ● Sans ADAM ● Sans (4a) ou avec (4b) perte de DVO	● Rétablissement d'un schéma occlusal fonctionnel et équilibré ● Restaurations directes et indirectes collées ; prothèse fixée ● 4a : sans rehaussement de la DVO ● 4b : avec rehaussement de la DVO
Groupe 5 5a et 5b	● Sévères et généralisées ● Perte des rapports d'articulé ● Troubles fonctionnels : ADAM ● Sans (5a) ou avec (5b) perte de DVO	● Réhabilitation orale globale en deux phases : - Phase 1 : reconstruction par restaurations adhésives des deux arcades pour valider la fonction et l'esthétique - Phase 2 : reconstruction prothétique implanto et/ou dento-portée ● 5a : sans rehaussement de la DVO ● 5b : avec rehaussement de la DVO

Lasfargues JJ, Colon P. Odontologie conservatrice restauratrice. Tome 1. Une approche médicale globale. Paris: CdP; 2009.

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(8):463-8.

PLAN DE SOINS DENTAIRES

- Il est recommandé de prendre en charge de façon non invasive les lésions initiales d'emblée, même en l'absence de contrôle des facteurs étiologiques (par ex. : recommander un dentifrice spécifique, appliquer une résine adhésive, etc.)
- Une *check-list* peut aider le chirurgien-dentiste à s'assurer que tous les paramètres ont été correctement évalués avant de décider des aspects plus « techniques » du plan de traitement.

Check-list du plan de soins dentaires	
1	Examiner minutieusement toutes les dents des deux arcades en utilisant par exemple l'indice BEWE et en notant la localisation et l'étendue par secteur. En effet, les lésions érosives étendues ne sont jamais isolées. Une attaque acide importante ne peut se limiter à une seule dent. Il convient donc de ne décider du plan de traitement restaurateur qu'après analyse de l'ensemble des pertes de substance des deux arcades.
2	Identifier le mieux possible la demande des patients. Certains peuvent penser qu'il s'agit là d'une évidence et que tout clinicien procède de la sorte. Cependant, dans les situations qui nous intéressent, il peut s'agir d'une prise en charge essentiellement fonctionnelle mais la demande esthétique peut recouvrir des aspects liés au profil psychologique des patients avec recherche d'une perfection par définition inatteignable. Attention donc aux déceptions car l'attente peut être particulièrement importante. La participation active des patients à l'évaluation du projet esthétique est souvent indispensable.
3	Prendre en compte d'éventuels désordres fonctionnels et parafunctions associés aux pertes de substance constatées. Bruxisme, mastication, phonation, sensibilités, ADAM. Ces désordres fonctionnels peuvent être consécutifs aux pertes de substance observées, ou concomitants. Dans tous les cas cette prise en compte est indispensable pour éviter un échec thérapeutique.

Check-list du plan de soins dentaires

4	Les lésions multiples peuvent avoir été à l'origine d'une perte de dimension verticale ou d'égressions compensatrices si elles concernent des dents cuspidées. La dégradation des faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire associée à une atteinte plus ou moins importante du bord incisif du secteur incisivo-canin mandibulaire occasionne quant à elle un proglissement mandibulaire et une perte du guidage dans les mouvements de diduction. Bien souvent, perte de dimension verticale et égressions compensatrices sont associées. Évaluer quelle est la part de chaque processus et ainsi envisager comment dans ce contexte retrouver une anatomie dentaire fonctionnelle.
5	Le préjudice esthétique associé à ces lésions dans les zones antérieures implique une réflexion globale, parfois la recherche de documents photographiques antérieurs pouvant servir de référence. C'est une bonne opportunité pour impliquer les patients dans l'élaboration et la validation ultérieure du projet esthétique. Les réhabilitations complexes des secteurs antérieurs maxillaires et parfois mandibulaires imposent une organisation des séances de soins, parfois longues, avec gestion des étapes intermédiaires.
6	L'analyse des facteurs étiologiques et de la capacité de les supprimer ou tout du moins les réduire n'est pas toujours facile. Il importe alors d'anticiper lors du plan de traitement un schéma de réintervention possible lorsque la récurrence, inéluctable, surviendra.
7	Les lésions érosives font partie des lésions non carieuses à côté des phénomènes d'abrasion (en général usure provoquée par un brossage traumatique) et des phénomènes d'attrition (bruxisme le plus souvent). En présence de lésions érosives étendues, il est indispensable d'évaluer systématiquement la part de phénomènes d'abrasion et/ou d'attrition associés avant de construire le plan de traitement. En effet, même si le phénomène d'érosion est prépondérant, il est exceptionnel, en présence de lésions étendues, qu'il soit isolé.
8	Bien qu'il s'agisse de lésions érosives, le risque carieux doit être évalué. En effet, un certain nombre d'aliments acides comportent du sucre (sodas, jus de fruits, boissons alcoolisées) et par ailleurs, la suppression du régime alimentaire d'un certain nombre d'aliments acides, à notre initiative, peut occasionner un report vers des aliments sucrés.
9	Contact et échanger afin de coordonner les soins avec les médecins impliqués dans les soins généralistes, gastro-entérologue en cas de reflux gastro-œsophagien, psychiatre en cas de trouble des conduites alimentaires actuel ou d'autres troubles psychiques. Les vomissements répétés entraînent une fuite du potassium qui peut engendrer des troubles du rythme cardiaque, ce qui impose quelques précautions lors des anesthésies avec vasoconstricteur.
10	La durée des traitements et les coûts doivent être évalués précisément. Il faut inclure des coûts de suivi accompagnés de réinterventions plus ou moins importantes en fonction du contrôle, possible ou non, des facteurs étiologiques.

Cette construction peut sembler complexe mais elle évite la survenue de difficultés infiniment plus complexes lors des séances de soins.

PLANIFICATION THÉRAPEUTIQUE

La construction de la démarche thérapeutique est une étape fondamentale de la prise en charge des lésions érosives étendues.

À partir de la *check-list* appréhender la planification thérapeutique :

- recueil des examens complémentaires tels que radiographies, moulages, analyse occlusale sur articulateur dans la position de référence choisie, examens fonctionnels, photos, bilans sanguins, etc. ;
- choix des matériaux et des techniques directes, indirectes, combinées ;
- organisation des étapes intermédiaires incluant si nécessaire temporisation et réévaluation ;
- validation du projet esthétique ;
- recueil d'un consentement particulièrement éclairé, ce qui nécessite parfois beaucoup d'explications (demande esthétique parfois irréalisable, évaluation des coûts) ;
- organisation des séances de soins en particulier en cas de modification de la relation intermaxillaire et/ou de la dimension verticale ;
- visite de contrôle à environ 1 mois pour vérifier les aspects fonctionnels et s'assurer de l'évolution des facteurs étiologiques.

ORIENTATION POUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES

- Envisager en concertation l'orientation vers un médecin (médecin traitant ou un médecin du choix du patient) afin de confirmer le diagnostic et si besoin de mettre en place un projet de soins multidisciplinaire.
- Tenir compte des préférences du patient dans le cadre d'une décision médicale partagée.

RESSOURCES DISPONIBLES

- Annuaire des spécialistes (FFAB ; FNA-TCA)
- Ligne Anorexie-Boulimie Info écoute 0810 037 037



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr