

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 23 JUIN 2017

Par Maud DECAUX

Née le 12 juin 1990 à Seclin en France

La prise en charge du patient anorexique au cabinet dentaire

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Asseseurs : Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN

Monsieur le Docteur Jérôme ROOSE

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK



Faculté de  
Chirurgie  
Dentaire  
UNIVERSITÉ DE LILLE



Université  
de Lille  
2 DROIT  
ET SANTÉ

Président de l'Université	:	Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

### **PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.**

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie <b>Doyen de la Faculté</b>
<b>G. PENEL</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Biologiques</b>
<b>M.M. ROUSSET</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Pédiatrique</b>

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

<b>T. BECAVIN</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Conservatrice – Endodontie</b>
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable de la Sous- Section d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.</b>
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
<b>J.M. LANGLOIS</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation</b>
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
<b>J. VANDOMME</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prothèses</b>

# Remerciements

*Aux membres du jury...*

## **Monsieur le Professeur Guillaume PENEL**

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier**

Sous - Section Sciences Biologiques

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Doctorat de l'Université René DESCARTES (Paris V)
- C.E.S d'Odontologie Chirurgicale
- Habilité à Diriger des Recherches
  
- Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire
- Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques

*Je vous remercie de l'honneur que  
vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse.  
Je vous adresse toute ma gratitude pour la qualité de  
votre enseignement au cours de mon cursus universitaire.*

## **Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**  
Sous-Section Odontologie Conservatrice – Endodontie

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Master I Informatique Médicale – Lille2
- Master II Biologie et Santé – Lille 2
- Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice et Endodontie

*Je vous remercie d'avoir accepté sans hésitation  
de faire partie de mon jury de thèse.  
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance  
pour la qualité de vos enseignements au cours de mes années  
d'études.*

**Monsieur le Docteur Jérôme ROOSE**

**Assistant Hospitalo –Universitaire des CSERD**  
Sous-Section de Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie également pour la gentillesse et la disponibilité dont vous faites preuve en clinique. Je suis très heureuse de vous avoir eu comme enseignant au cours de mes études.*

## **Madame le Docteur Cécile OLEJNIK**

**Maitre de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**  
Sous - Section Sciences Biologiques

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Doctorat de l'université de Lille 2 (mention odontologie)

*Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir aidé dans la réalisation de cette thèse. J'apprécie votre gentillesse et vos conseils au cours de ce travail et de mes études. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.*



*Je tiens à remercier également le Dr Olivier Leroux de m'avoir aidé dans la réalisation de cette thèse. Merci pour le temps et l'investissement que vous avez mis dans ce travail.*

*A mes proches ...*



# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>13</b>
<b>1 Définition et diagnostic de l'anorexie mentale .....</b>	<b>14</b>
1.1 Deux types d'anorexie mentale.....	14
1.2 Le diagnostic.....	16
<b>2 Bilan médical.....</b>	<b>20</b>
2.1 Les complications dues à l'anorexie .....	20
2.1.1 Conséquences générales de la dénutrition (14) (15) (16) .....	20
2.1.2 Conséquences générales des vomissements (27).....	23
2.1.3 Conséquences de l'utilisation abusive de laxatifs (30) .....	26
2.1.4 Conséquences de l'utilisation de diurétiques .....	26
2.2 Les traitements médicaux (32).....	26
2.2.1 Traitement de l'aménorrhée .....	26
2.2.2 Traitement de l'ostéoporose .....	27
2.2.3 Traitement des RGO .....	27
2.2.4 Les antidépresseurs et antipsychotiques .....	27
2.3 Recommandations pour le chirurgien dentiste.....	28
<b>3 Examen clinique.....</b>	<b>32</b>
3.1 Examen exobuccal .....	32
3.1.1 Sialomégalie.....	32
3.1.2 Les perlèches.....	32
3.2 Examen endobuccal .....	33
3.2.1 Xérostomie .....	33
3.2.2 Examen du parodonte .....	35
3.2.2.1 Les lésions dues aux carences (46), (47).....	35
3.2.2.2 Les lésions dues aux vomissements .....	36
3.2.3 Examen dentaire .....	37
3.2.3.1 L'érosion (52) (53) .....	37
3.2.3.2 Les caries .....	42
3.2.3.3 L'hypersensibilité dentaire (58).....	42
<b>4 Prévention et conseils.....</b>	<b>43</b>
4.1 Une hygiène bucco-dentaire rigoureuse (46) (59) (60) .....	43
4.2 Conseils lors de la prise alimentaire .....	44
<b>5 Traitements.....</b>	<b>46</b>
5.1 Traitement de l'hypersensibilité .....	46
5.2 Traitement de l'hyposialie .....	47
5.2.1 Recommandations générales.....	47
5.2.2 Stimulation de la sécrétion par des moyens locaux.....	47
5.2.3 Stimulation de la sécrétion par des moyens systémiques .....	47
5.3 Traitements de l'érosion.....	47
5.3.1 Prévention.....	48
5.3.2 Traitements : minimalement invasifs .....	48
5.3.2.1 Les composites.....	50
5.3.2.2 Les céramiques (69).....	50
5.3.2.3 La combinaison des techniques .....	52
5.3.2.4 La chronologie de réhabilitations complètes (70) (74) .....	54
5.3.2.5 Exemple de prise en charge d'un cas complexe (cas du Dr Leroux).....	55

<b>Conclusion.....</b>	<b>62</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>63</b>
<b>Index des tableaux .....</b>	<b>69</b>
<b>Index des figures.....</b>	<b>70</b>

## Introduction

L'anorexie mentale est une pathologie psychiatrique qui se déclare dans la plupart des cas au moment de la puberté. On la retrouve principalement dans les pays occidentaux où la pression pour avoir un corps « parfait », selon des normes de la société, est omniprésente. En effet, notre quotidien est envahi de publicités où les femmes présentent des corps toujours plus minces. Elles deviennent alors des modèles, surtout pour les jeunes filles. L'anorexie concerne dans sa grande majorité des femmes mais les hommes peuvent être également touchés (1).

Cette maladie présente de nombreuses répercussions sur le corps que le médecin et également le chirurgien-dentiste doivent connaître. L'anorexie, qui peut être couplée à la boulimie, va entraîner de multiples complications buccales notamment une érosion des dents. Ces lésions peuvent entraîner des troubles fonctionnels et esthétiques importants.

Le but de ce travail est de permettre au chirurgien-dentiste de mieux connaître cette affection, ses conséquences au niveau au niveau de la santé générale et bucco-dentaire, et de l'aider dans la prise en charge de ses patients.

Dans un premier temps, nous verrons les conséquences générales de cette pathologie et de ses éventuels traitements.

Puis les répercussions buccales seront présentées : érosions, caries et hypersensibilités.

Enfin, la prévention et les traitements pouvant être proposés aux patients seront décrits. Il faut garder à l'esprit que les patients peuvent être très jeunes et que les traitements doivent être extrêmement conservateurs, afin de permettre une durée de vie des dents la plus longue possible. Ces traitements conservateurs sont possibles grâce à l'évolution des systèmes adhésifs qui permettent des réhabilitations complètes.

# 1 Définition et diagnostic de l'anorexie mentale

Selon la Haute Autorité de Santé, l'anorexie est un trouble du comportement alimentaire d'origine multifactorielle : elle présente « des facteurs personnels de vulnérabilité psychologique, biologique, génétique, des facteurs environnementaux, familiaux et socio culturels ». L'important est de comprendre le patient dans sa globalité (2).

Le terme « anorexie » signifie perte d'appétit, mais en réalité la personne résiste contre cette sensation. Cependant, petit à petit les systèmes biologiques qui contrôlent la faim peuvent se dérégler allant jusqu'à faire disparaître cette sensation. C'est une restriction volontaire de la prise alimentaire, due à une peur phobique de prendre du poids. L'anorexie est rare hors des pays occidentaux et son commencement coïncide souvent avec la puberté. Les jeunes filles remarquent le changement de leur silhouette, elles se voient « grosses » et font des régimes pour retrouver le corps de leur enfance (3). Cette maladie débute donc généralement par un simple régime. Mais elle peut également être déclenchée par un événement traumatisant. Les hommes sont également concernés par cette maladie mais ils sont beaucoup moins nombreux puisqu'on compte un homme pour 9 femmes (4). La prévalence de la maladie dans la population générale est de 0.9 à 1.5 pour les femmes et de 0.2 à 0.3 pour les hommes (2).

L'apparition de comportements boulimiques est souvent issue de l'évolution de l'anorexie restrictive.

## 1.1 Deux types d'anorexie mentale

On retrouve ainsi le type restrictif et le type boulimique. Le premier est défini par une « diminution radicale des apports caloriques sans hyperphagie incontrôlée, sans recours aux vomissements provoqués, ni aux laxatifs ou aux diurétiques » (5). Alors que le second présente des « crises de boulimie et/ou recours à des mesures restrictives » (vomissements, laxatifs, diurétiques) pour la perte de poids (5).

Différents facteurs de risque de la maladie ont été identifiés.

- Les facteurs de risques génétiques :

Des recherches ont été réalisées et ont mis en évidence des gènes retrouvés dans certains comportements (compulsion, dépression) ou certaines maladies psychiatriques souvent associés à l'anorexie, ce sont donc des facteurs de risque génétique (6). Cependant il semble qu'aucun gène prédisposant clairement à l'anorexie mentale n'a été mis en évidence (7).

- Les facteurs psychologiques :

Les personnes présentent souvent une image altérée du corps et une perte d'estime de soi. On retrouve fréquemment certains traits de personnalité tels que l'anxiété, le perfectionnisme ou des troubles obsessionnels. Elles peuvent également avoir des troubles dépressifs (8) ou des plaintes hypochondriaques (9). Il y a des rituels précis qui entourent la prise alimentaire (pesée minutieuse des aliments, tri dans l'assiette), ces comportements ont un impact négatif sur la vie affective et sociale (9).

Le contrôle de la prise alimentaire peut également s'accompagner d'une hyperactivité physique afin de dépenser le peu de calories consommées.

Par ailleurs on estime qu'entre 12 et 18% des patients anorexiques abuseraient de substances psychoactives, et entre 30 et 37% pour les patients boulimiques selon l'*American Association of Psychiatry* (10). Il peut donc exister une ou des addictions associées à l'anorexie.

- Des facteurs familiaux et professionnels sont également évoqués (8).

On retrouve plus de personnes anorexiques dans certaines catégories professionnelles comme le mannequinat, la danse ou certains sports de haut niveau.

Les patients peuvent éprouver un sentiment de contrôle sur le corps entraînant une certaine euphorie. Mais ensuite ce sentiment laisse place à une insatisfaction, voire une dépression, car l'objectif à atteindre est irréalisable. C'est donc une maladie pleine d'ambiguïté avec des patients qui pensent contrôler la situation. En réalité, les personnes ne se rendent généralement pas compte de l'avancée de la maladie et de sa gravité (1).

C'est une maladie psychiatrique complexe, les patients sont tous différents avec des vécus et des personnalités multiples. Il est difficile pour l'entourage de comprendre cette maladie et il reste souvent démuni face à elle.

Dans l'anorexie type boulimique compensatoire le patient a des crises de boulimie. Certains se font vomir sans même avoir eu de crises au préalable.

La boulimie et l'anorexie restrictive ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. Le passage de la forme restrictive à boulimique est fréquent. La boulimie est définie par à :

- Des épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée avec tentative de compensation par des vomissements provoqués, le recours inapproprié à des laxatifs et à des exercices physiques excessifs.
- Une obsession de la corpulence, de la silhouette et du poids (1) .

Les crises de boulimie peuvent être déclenchées par une situation angoissante. Ces crises, incontrôlables, ne s'achèvent que lorsque la personne y est obligée (manque de temps, d'aliments ou survenue de douleurs physiques). Ces comportements ne sont pas exclusifs de l'une ou l'autre forme d'anorexie, puisque dans 50% des cas les patients anorexiques restrictifs, sont sujets à des crises boulimiques et les patients boulimiques traversent parfois des périodes d'anorexie restrictive (1).

L'anorexie présente un taux de décès important pour une maladie psychiatrique. Dans la moitié des cas, ces décès sont dus à des suicides et dans l'autre moitié aux complications de la maladie.

Le traitement est dans la majorité des cas ambulatoire impliquant au minimum un psychiatre et un médecin travaillant en étroite collaboration. Les hospitalisations concernent une minorité de patients (9).

Cette maladie peut se définir selon des critères retrouvés dans les classifications internationales.

## **1.2 Le diagnostic**

A l'examen clinique, le médecin recherche ce que l'on appelle **la Triade** (11), qui est constituée des 3 critères principalement retrouvés dans cette maladie :

- **Anorexie** : refus volontaire de s'alimenter appelé «sitiophobie », restriction des apports caloriques.



- **Amaigrissement** : Diminution du poids importante, d'au moins 15% par rapport au poids initial normal, on définit l'anorexie par un IMC (= indice Quetelet = poids / (taille)<sup>2</sup>) inférieur à 17.5.
- **Aménorrhée** : absence de règles, l'aménorrhée est retrouvée dans 55% des cas (12).

Ces critères diagnostiques (tableau 1) sont retrouvés dans des classifications internationales comme la CIM-10 (classification internationale des maladies) (5). La présence de l'ensemble de ces critères est nécessaire pour établir le diagnostic. De plus, des troubles endocriniens sont parfois associés (5). Ces troubles provoquent une aménorrhée avec une éventuelle persistance de saignements vaginaux suite à une thérapie hormonale substitutive (pilules contraceptives).

Il existe également une seconde classification internationale très utilisée, le DSM V. Le DSM est un manuel de diagnostics et statistiques des troubles mentaux qui est publié par la société américaine de psychiatrie (tableau 2) (5). C'est une référence pour les troubles mentaux. La cinquième édition publiée au mois de mai 2013 ajoute certaines modifications. Ce manuel diagnostique va donc se différencier de la CIM-10 sur le critère aménorrhée qui n'est désormais plus un critère diagnostique car c'est un point difficile à évaluer, en effet chez les filles n'ayant pas encore l'âge d'avoir leurs règles, chez les femmes prenant la pilule ou encore chez les femmes ménopausées, on ne peut évaluer ce critère. Chez les hommes également ce critère n'existe pas.

Ces 2 classifications font référence à une « psychopathologie spécifique » comme la peur de grossir et la perte d'estime de soi.

Tableau 1 : critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le CIM-10 (5)

A	Poids corporel inférieur à la normale de 15% ou masse corporelle de Quetelet* inférieur à 17,5. Chez les patients pré-pubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance
B	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de coupe-faim ou de diurétiques.
C	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormones de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalie de la sécrétion d'insuline.
E	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

\*indice de Quetelet est l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en m)

Tableau 2 : critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon la société américaine de psychiatrie (5)

A	Une restriction énergétique menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille
B	La peur intense de prendre du poids ou devenir « obèse »
C	Altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de la maigreur actuelle
D	Le quatrième critère, l'aménorrhée ne fait plus parti des critères de DSM V. En effet, il y a eu présence de cas avec activité menstruelle ponctuelle, c'est un critère difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs premières règles, aux femmes avec contraception orale ou post-ménopausées et aux hommes. Cependant les femmes en aménorrhée présentent un état osseux en moins bonne santé que les femmes qui ne répondent pas à ce critère

## 2 Bilan médical

### 2.1 Les complications dues à l'anorexie

Les complications médicales sont multiples (tableau 3 et 4). Il y a des effets indésirables à long terme même après restauration du poids. Ces complications touchent de nombreux organes et sont pour la plupart les conséquences de la malnutrition. Celle-ci induit la destruction des graisses et des protéines, ce qui amène à une diminution de volume et perturbe le fonctionnement des organes. L'importance de la perte de poids ainsi que la durée de l'anorexie sont les principaux facteurs de risques de ces troubles (13).

#### 2.1.1 Conséquences générales de la dénutrition (14) (15) (16)

Les différents systèmes atteints par l'état de dénutrition sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : troubles généraux induits par la dénutrition

Système atteint	trouble	définition
Cardiovasculaire (15) (16)	Bradycardie	Ralentissement du rythme cardiaque dû à la diminution du volume cardiaque, il y a à terme un risque d'arrêt cardiaque
	Prolapsus valve mitrale	Dû à un excès de tissu valvulaire qui va provoquer un reflux anormal de sang du ventricule gauche vers l'oreillette gauche. Ce prolapsus est la conséquence d'une atrophie du ventricule gauche (16)
	arythmie	Trouble du rythme cardiaque
Dermatologie (17) (18)	Peau sèche	
	Alopécie	Chute des cheveux
	Lanugo	Mince duvet sur le corps
	Prurit	Sensation de démangeaison de la peau
	Ongles cassants	
	Caroténoder-	Coloration orange de la peau due à l'ingestion

	mie	importante d'aliments riches en carotènes
	Acné	
	Acrocyanose	Trouble vasomoteur qui touche les extrémités du corps entraînant une cyanose c'est-à-dire une coloration bleuâtre suite au ralentissement de la circulation sanguine
	Perniose	Tuméfaction inflammatoire bleuâtre et rouge provoquée par une réaction anormale au froid
	Froideur acrale	Désigne la tête, les mains, les coudes, les pieds et les genoux
Gastro-intestinal (15) (16)	constipation	
	Hépatite	La dénutrition sévère et les hypoglycémies peuvent créer des lésions du foie allant dans de rares situations jusqu'à une insuffisance hépatique aiguë. On retrouve généralement une augmentation des transaminases qui sont le reflet des lésions du foie
	Dilatation gastrique retardée	Difficulté à déglutir et à propulser les aliments de l'œsophage à l'estomac, s'accompagne d'une sensation de gêne ou d'obstacle
Hématologie (15) (16)	<b>Pancytopenie</b>	Diminution du nombre de globules rouges, de globules blancs et de plaquettes entraînant une <b>anémie</b> , une <b>leucopénie</b> (chez 30 % des patients(16) ) et une <b>thrombocytopenie</b> . C'est un phénomène rare lors de l'anorexie même si les troubles hématopoïétiques (type anémie, leucopénie) sont fréquents chez les patients anorexiques
	<b>Anémie modérée</b>	Chez 40 % des patients (16). Due à une carence en fer entraînant un état de fatigue et une pâleur de la peau et des muqueuses. Des chéilites angulaires ou des ulcérations buccales peuvent également être rencontrées

		(19)
	<b>Thrombocytopénie</b>	Retrouvée chez 10 % des patients (16). C'est une diminution du nombre de plaquettes en dessous de la normale (normalement le taux de plaquettes se situe entre 150000 et 450000/mm <sup>3</sup> ).
Système endocrinien et métabolique	Aménorrhée	Correspond à une absence de règles pendant plus de 6 mois. La diminution du taux d'œstrogènes, conséquence de l'anorexie, va stopper le cycle ovarien
	Infertilité	Suite à la diminution du taux d'œstrogènes (11)
	<b>Ostéoporose</b> (20)	Fragilité excessive des os due à une diminution du contenu minéral et à des altérations de la microstructure. L'ostéoporose couplée à une activité sportive intense peut entraîner des fractures
	Anomalies thyroïdiennes	Généralement une hypothyroïdie faisant suite à des modifications hormonales de l'axe hypothalamo-hypophysaire
	<b>Hypoglycémie</b>	Taux de sucre dans le sang anormalement bas dû à la dénutrition
	Troubles de la croissance	Un début de maladie avant le pic de croissance pubertaire avec perte de poids marquée et une durée prolongée de la maladie influence de manière négative la taille à l'âge adulte
Neurologie (15)	Atrophie cérébrale	
(16)	Troubles de l'humeur	
Pulmonaire	Trouble respiratoire	Diminution volume et efficacité des muscles respiratoires (21)
Rénal	Insuffisance rénale	L'hypokaliémie (principalement due à des vomissements répétés, un excès de laxatifs et

		de diurétiques) et la déshydratation peuvent aboutir à une insuffisance rénale (22) .
--	--	---

Des conséquences sont également identifiées au niveau buccal, notamment au niveau parodontal, et sont détaillées par la suite (tableau 6).

Concernant l'ostéoporose, son étiologie est multifactorielle avec une origine à la fois hormonale et nutritionnelle (20).

La carence en œstrogènes est la principale cause de la perte osseuse (15). La dénutrition intervient également avec des carences en calcium et en vitamine D.

Les répercussions de l'ostéoporose sont d'autant plus importantes lorsqu'elles surviennent au moment de l'adolescence qui est une période très importante pour la constitution du pic de masse osseuse (23).

L'importance de l'ostéoporose est en lien avec l'IMC et la durée de l'aménorrhée.


L'ostéoporose augmente le risque de fracture. Selon Grinspoon et al, on retrouve des fractures chez 26 % des patients (24). De plus, une ostéopénie est présente dans 92 % des cas d'anorexie mentale et l'ostéoporose dans 38 à 50 % des cas (25).

L'ostéoporose semble plus sévère chez les hommes anorexiques (26) (16).

### **2.1.2 Conséquences générales des vomissements (27)**

C'est la méthode de purge la plus fréquente. Les patients y ont recours pour compenser un comportement boulimique et dans l'optique de perdre du poids. Les conséquences de ce comportement sont multiples (tableau 4) et présentent des degrés de gravité différents.

Tableau 4 : conséquences des vomissements sur le corps

<p>Manifestations cutanées</p>	<p>Elles constituent l'un des premiers symptômes. Le fait d'insérer ses doigts dans sa bouche pour se faire vomir va créer une répétition de traumatismes et des irritations de la main aboutissant à une formation calleuse, sur la face dorsale de la main et les articulations, appelée signe de Russel. C'est un indicateur important dans le diagnostic.</p>  <p><u>Figure 1</u> : photographie d'une main avec le signe de Russel (28)</p>
<p>Manifestations oculaires</p>	<p>Les vomissements peuvent provoquer des hémorragies sous conjonctivales</p>
<p>Manifestations nasales</p>	<p>Les irritations provoquées par les acides peuvent provoquer des épistaxis</p>
<p>Manifestations œsophagiennes et intestinales (16)</p>	<p>Les vomissements endommagent les sphincters de l'œsophage, affectent des zones du pharynx et larynx et engendrent des reflux acides (<b>reflux gastro-œsophagiens</b> et laryngo-pharyngés). Le contenu acide régurgité peut entrer en contact avec les cordes vocales et les zones environnantes, ce qui entraîne un enrouement de la voix, une dysphagie, une toux</p>



	<p>chronique, des sensations de brûlure de la gorge et un mal de gorge. L'épithélium œsophagien subit l'exposition anormale aux acides gastriques et aux micro-traumatismes. On peut ainsi retrouver des érosions, des ulcères (l'ulcération superficielle est appelée syndrome de Mallory-Weiss) et des saignements des muqueuses œsophagiennes, des œsophagites. Dans de rares cas, un état pré-cancéreux de l'œsophage, appelé œsophage de Barrett, peut également être observé. De plus, de façon très rare, une brèche spontanée de l'œsophage peut survenir. Cette conséquence la plus grave, appelée syndrome de Boerhaave, constitue une urgence chirurgicale.</p>
Déshydratation et perte d'électrolytes	<p>La déshydratation chronique, qui est en association avec l'hypokaliémie (diminution du potassium sanguin), peut induire des lésions rénales irréversibles</p>
Hypotension (29)	<p>Faire également attention à l'hypotension orthostatique lorsque le patient se relève du fauteuil</p>
Risque de détresse respiratoire ou pneumomédiastin	<p>Si inspiration d'aliments régurgités</p>
Complications cardiaques	<p>Elles sont les plus dangereuses à court terme avec un risque vital en cas d'hypokaliémie. La bradycardie constitue une complication fréquente (30 à 60% des cas)</p>
Manifestations buccales	<p>On retrouve des érosions (dissolution de l'émail suite aux acides des vomissements), des lésions gingivales (induits par les acides et l'insertion des doigts dans la bouche) et un risque carieux augmenté.</p>

### **2.1.3 Conséquences de l'utilisation abusive de laxatifs (30)**

Il existe différents types de laxatifs, les plus utilisés par les patients boulimiques sont les laxatifs stimulants. Ils sont à utiliser ponctuellement car ils peuvent être dangereux, et provoquer par exemple des coliques (douleurs abdominales).

Les complications dues à l'abus de laxatifs sont dues d'une part aux effets de ces médicaments sur le système gastro-intestinal (côlon cathartique) et d'autre part à la perte d'électrolytes (chlorures, calcium, bicarbonate, potassium).

S'ils provoquent une hypokaliémie cela peut avoir des répercussions sur le rythme cardiaque. De plus il y a un risque d'œdème avec l'arrêt brutal des laxatifs. On retrouve également des conséquences dermatologiques comme les érythèmes pigmentés fixes (lésion dermatologique ayant l'aspect d'une tache brune) et un hippocratisme digital (déformation du doigt et des ongles telles que des « baguettes de tambour » appelées « *clubbing* »). La prise de laxatifs peut être quotidienne. Les laxatifs les plus irritants (laxatifs stimulants) provoquent des irritations de la muqueuse colique et des modifications anatomo-pathologiques irréversibles. A long terme, il y a une atonie du côlon qui oblige le patient à augmenter les doses. Il existe des laxatifs sous forme de tisanes qui sont tout aussi dangereux.

### **2.1.4 Conséquences de l'utilisation de diurétiques**

Les diurétiques augmentent le volume des urines et donc permettent d'augmenter l'excrétion d'eau et d'électrolytes, notamment celle du sodium et du potassium ceci pouvant engendrer des troubles importants (ex : arythmies) (31). Les sécrétions de calcium dans les urines sont également augmentées pouvant entraîner une perte osseuse modérée sur certains sites.

## **2.2 Les traitements médicaux (32)**

### **2.2.1 Traitement de l'aménorrhée**

La reprise de poids permet généralement le retour des règles. On peut donner des contraceptifs (œstrogènes+progestérone) pour restaurer les règles mais cela donne une fausse impression de normalité.

### 2.2.2 Traitement de l'ostéoporose

La diminution de la densité osseuse peut persister longtemps après la reprise du poids. Il est difficile de trouver un traitement médicamenteux qui soit efficace et non néfaste pour la santé du patient qui est bien souvent jeune (32).

Ce qui est sûr c'est que le retour des règles et la prise de poids sont indispensables pour limiter la perte osseuse, mais sont souvent insuffisants (25). Pour le retour des règles, il peut être prescrit par le médecin une supplémentation en œstrogènes.

Les biphosphonates ont également été étudiés pour traiter l'ostéoporose chez les patients anorexiques mais il y a une inquiétude quant à de possibles effets tératogènes s'ils sont prescrits à des jeunes femmes et quant à leur rémanence d'action après arrêt (32).

Le calcium et la vitamine D sont indispensables mais non suffisants dans le traitement de l'ostéoporose (33) (25).

### 2.2.3 Traitement des RGO

C'est une pathologie digestive fréquente, elle correspond au passage involontaire de l'acide gastrique dans l'œsophage voire dans la cavité buccale. On retrouve régulièrement des RGO chez les patients atteints de boulimie. Les inhibiteurs de la pompe à protons sont souvent utilisés dans le traitement des RGO (ex : esoméprazole®, mopréal®). Le traitement de ces reflux est indispensable car ils peuvent être à l'origine d'érosions importantes. Leur prise en charge est donc un prérequis essentiel à tout traitement dentaire.

### 2.2.4 Les antidépresseurs et antipsychotiques

D'autres médicaments utilisés dans le traitement de l'anorexie sont les antidépresseurs, ils peuvent provoquer une **sécheresse buccale**. Les traitements psychotropes sont peu utilisés dans la prise en charge des patients anorexiques. Il n'existe pas un traitement qui a montré une réelle efficacité dans le traitement de cette maladie. De plus, ces prescriptions peuvent présenter des effets secondaires. Le médecin peut cependant en donner lorsque le stress est trop important. On privilégie les benzodiazépines qui ont peu d'effets sur le système cardiovasculaire (34). Les antipsychotiques montreraient un intérêt en cas de résistance importante à prendre du poids. Ces prescriptions sont très surveillées car la dénutrition peut accentuer le risque cardiovasculaire et la sédation.

### 2.3 **Recommandations pour le chirurgien dentiste**

- Prendre contact avec le **médecin traitant** si besoin de plus d'informations.
- Se renseigner sur les **antécédents médicaux et chirurgicaux** du patient grâce au questionnaire médical habituel. Dans le cas des patientes anorexiques il est important de noter l'âge du patient, l'âge de début de l'anorexie, le poids, la taille, l'IMC et de se renseigner sur la présence de comportements purgatifs associés (vomissements, laxatifs, diurétiques) et de RGO (reflux gastro-œsophagiens).
- Connaître les **habitudes de brossage** (fréquence, moment du brossage, type de brosse à dent, type de dentifrice, technique)
- Connaître les **habitudes alimentaires**, existe-il des troubles gastriques associés à l'anorexie (RGO),
- Se renseigner sur la prise de **médicaments** (antidépresseurs par exemple) et une éventuelle sensation de sécheresse buccale.
- Il faut connaître le **motif de consultation** du patient : problème esthétique, douleurs telles que des hypersensibilités.
- Il faut faire attention au **risque d'hypotension orthostatique** (35) lorsque le patient se relève du fauteuil. Il faut également être conscient du **risque d'hypoglycémie**.
- Il faut être vigilant vis-à-vis du **risque d'interaction médicamenteuse** :  
Chez les patients ayant des complications cardiovasculaires (généralement réversibles après reprise du poids (32)) comme des arythmies.

Chez les patients ayant une hépatite aiguë, les médicaments hépatotoxiques sont contre indiqués tels que le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les doses de certains médicaments devront être adaptées. **Les patients avec une hépatite aiguë ne se retrouvent généralement pas au cabinet dentaire**, ils sont pris en charge à l'hôpital.

- Risque anesthésique : la dose de vasoconstricteurs doit être limitée à 4 cartouches 1/200000<sup>ème</sup> chez les patients avec arythmies.

- **Risque hémorragique :**

Les **troubles hématologiques** (36) peuvent être retrouvés, c'est pourquoi un bilan sanguin récent est à demander au patient avant tout acte invasif, au besoin contacter le médecin traitant pour connaître les derniers bilans réalisés. Le bilan sanguin doit permettre de connaître : la numération de formule sanguine (NFS), le taux de plaquettes et le taux de prothrombine.

Le taux de plaquettes normal se situe entre 150000/mm<sup>3</sup> et 450000/mm<sup>3</sup>. On parle de thrombopénie lorsque ce nombre est inférieur à 150000/mm<sup>3</sup>.

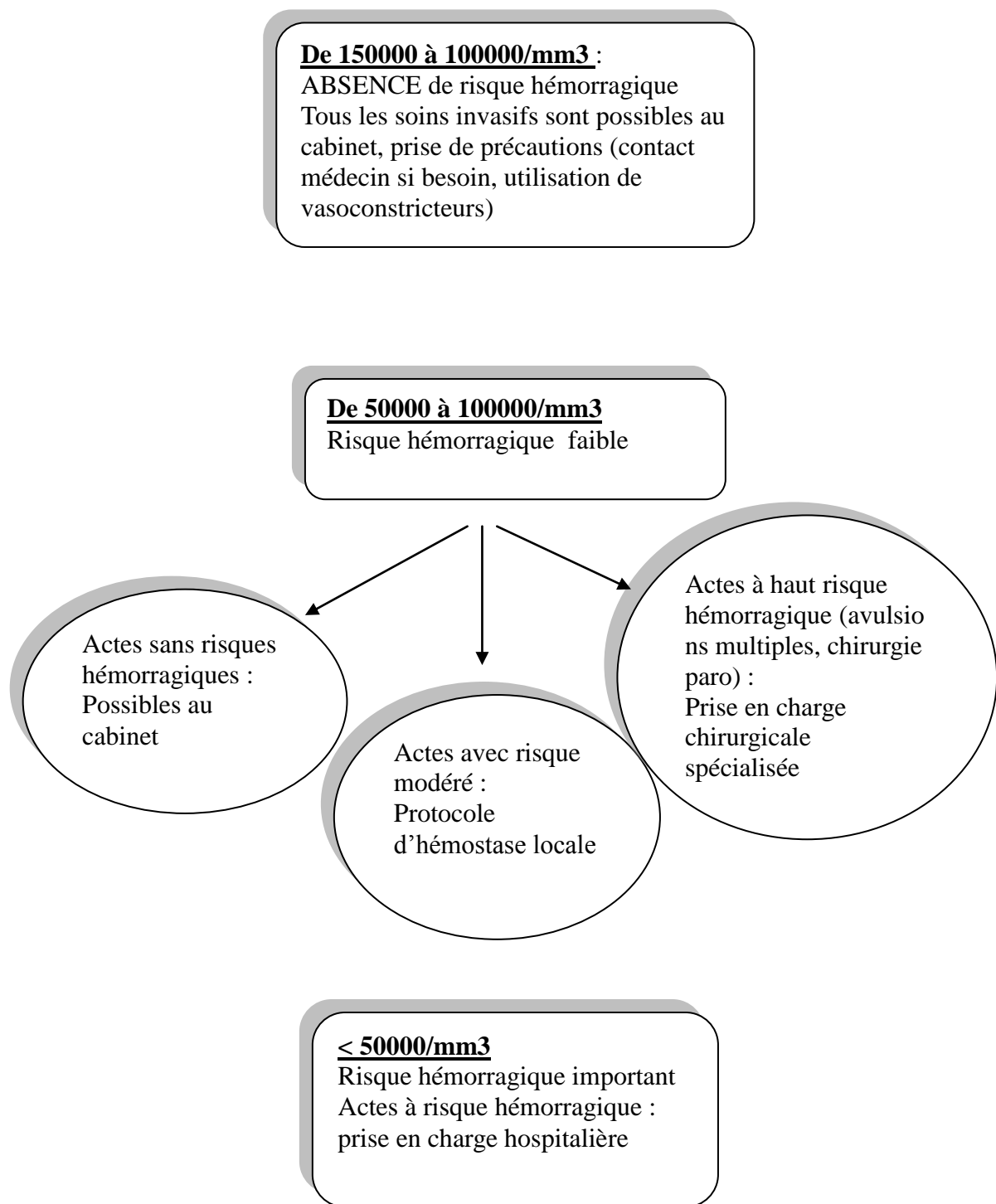


Figure 2 : risque hémorragique en fonction du nombre de plaquettes (37)

- **Risque infectieux** en cas de leucopénie. Dans les neutropénies sévères on peut retrouver des lésions ulcéro-nécrotiques au niveau des gencives, des

lèvres, des joues, de la langue et du voile du palais. On retrouve également des gingivites. Vérifier au **bilan sanguin** si absence de leucopénie.

## 3 Examen clinique

Il est intéressant de prendre des photographies des lésions pour en suivre l'évolution et de réaliser des moulages en plâtre.

### 3.1 Examen exobuccal

A l'inspection et palpation nous allons observer la symétrie de la face et rechercher d'éventuelles tuméfactions au niveau des glandes salivaires.

#### 3.1.1 Sialomégalie

Les comportements boulimiques avec vomissements créent des dysfonctionnements des glandes salivaires accompagnés d'une augmentation de leur volume inesthétique (sialomégalie) et bilatérale. En effet, les vomissements stimulent le débit salivaire et donc la fonction des glandes. Cette tuméfaction concerne le plus souvent les glandes parotides qui se situent en avant de l'oreille (figure 2). L'augmentation de volume est intermittente et disparaît avec l'arrêt des vomissements, elle est non douloureuse et constitue surtout un problème esthétique pour le patient. Avec le temps et les vomissements à répétition cette manifestation devient continue (38).



Figure 3: photographie d'une sialomégalie bilatérale (39)

#### 3.1.2 Les perlèches

Les perlèches que l'on appelle également chéilite angulaire se situent au niveau de la zone rétro-commissurale. Elles correspondent à une inflammation avec fissures et



croûtes sur fond érythémateux. Elles se retrouvent généralement chez des patients présentant une sécheresse buccale mais peuvent aussi être la conséquence d'une anémie (19).



Figure 4 : photographie d'un patient présentant une perlèche (40)

### **3.2 Examen endobuccal**

Les manifestations orales de la maladie sont nombreuses et sont liées à l'état de dénutrition et aux carences mais également aux vomissements répétés. Elles comprennent les atteintes parodontales et salivaires, les hypersensibilités dentinaires, les érosions dentaires et le risque carieux augmenté.

#### **3.2.1 Xérostomie**

Chez les patients anorexiques on note souvent une diminution du flux salivaire créant une xérostomie c'est-à-dire une sécheresse de la cavité buccale. Cet impact sur les glandes salivaires est principalement dû à la prise des médicaments tels que les antidépresseurs, les psychotropes et les sédatifs. La déshydratation du corps suite aux vomissements, à la prise de diurétiques et à l'excès de sport a également un impact sur la diminution du flux salivaire (41). Exemple de médicaments provoquant une hyposialie (42) (tableau 5) :

Tableau 5: différents médicaments induisant une hyposialie

	<b>molécule</b>	<b>DCI</b>
<b>Antidépresseur tricycliques</b>	Clomipranine	Anafranil®
<b>IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase)</b>	Iproniazide	Marsilid®
<b>Antidépresseurs sérotoninergiques purs</b>	Citalopram	Seropram®
<b>Benzodiazépines</b>	Alprazolam Diazépam Lorazépam	Xanax® Valium® Temesta®

La sécheresse buccale va avoir des retentissements sur la flore bactérienne. Les bactéries vont pouvoir se multiplier plus facilement, la couche protectrice créée par la salive est diminuée et donc les tissus muqueux et dentaires sont plus sensibles aux irritations et aux acides. Elle va ainsi favoriser (43) :

- Le développement de candidose (44) : c'est une mycose provoquée par le candida albican, germe à l'état commensal chez certains adultes en bonne santé. On a la formation d'une stomatite érythémateuse diffuse puis des lésions blanchâtres se forment.
- La gingivo-stomatite qui entraîne l'inflammation buccale. On a des irritations, des ulcérations, des sensations de brûlure, un goût métallique.
- C'est un facteur de risque de l'érosion dentaire, le PH buccal et le pouvoir tampon de la salive diminuent favorisant l'apparition de ces lésions.
- Les caries sont également favorisées par la diminution du flux salivaire : les agents de défense qu'elle contient sont donc moins nombreux. Le pouvoir tampon de la salive diminue et la concentration en germe augmente.
- C'est un des facteurs majeurs de l'halitose.

### 3.2.2 Examen du parodonte

Recherche d'ulcérations, de lésions buccales ou d'inflammation gingivale. Nous allons observer successivement les lèvres, la face endobuccale des joues, le plancher buccal et la langue, la voute palatine, le voile du palais et le parodonte (45).

#### 3.2.2.1 Les lésions dues aux carences (46), (47)

La maladie parodontale n'est pas due à des carences nutritionnelles, cependant des carences peuvent constituer des facteurs de risque de la maladie ou modifier son évolution.

Tableau 6 : Carences favorisant certaines lésions

<b>Trouble</b>	<b>carences</b>
Gingivite	Vitamines B, C
Stomatite diffuse (inflammation des muqueuses buccales)	Vitamines B
Ulcérations	Vitamines B, C, fer
Perlèches (inflammation des commissures des lèvres accompagnée de fissures)	Vitamine B, fer, zinc
Sensation de brûlures	Vitamines B, Fer
Glossodynie (douleurs au niveau de la langue)	Vitamines B, fer
Dysgueusie (altération du goût)	Vitamines B, zinc
Atrophie dos de la langue	Fer
Pâleur des muqueuses	Fer
Scorbut : maladie générale, rare aujourd'hui dans les pays industrialisés du fait de l'alimentation variée. Conséquences nombreuses au niveau buccal : gingivorragies, gingivites, une perte d'intégrité du ligament parodontal, un développement plus rapide des poches parodontales et des ulcérations de la gencive, des parodontolyses, et conduit jusqu'à la perte des dents	Vitamines C
Hypertrophie gingivale	Magnésium
Susceptibilité aux infections	Protéines

L'impact des vitamines est important pour la bonne santé générale et chaque groupe possède une influence sur la cavité orale :

- La vitamine B a un rôle dans la cicatrisation. Une étude menée par Neiva et Al montre qu'il y a de meilleur résultat de gains d'attache suite à un assainissement par lambeaux si les patients ont reçu de la vitamine B9 (48).
- La vitamine C présente un rôle indispensable dans la fabrication du collagène. Une étude de Yan et Al en 2013 démontre que la vitamine C a un rôle dans le maintien de tissus comme le ligament parodontal constitué de collagène (49).
- La vitamine D est indispensable pour la minéralisation du tissu osseux. L'étude de Dietrich et coll (2005) montre que la vitamine D présenterait un rôle **anti inflammatoire** (50). Sa carence est cependant rarement retrouvée chez les patients anorexiques.
- Selon l'étude de Tamura et coll (2005) le zinc et le cuivre inhiberaient l'agrégation du porphyromonas gingivalis, ils auraient donc un rôle comme facteur protecteur de la parodontite.
- Le fer est indispensable au transport de l'oxygène vers les organes. Cette carence peut engendrer une sensation de brûlure douloureuse avec sécheresse buccale appelée « burning syndrome ».
- Le magnésium a un effet anti-stress, il agit sur l'excitabilité musculaire et est indispensable pour le métabolisme osseux. Une étude de Meisel (2005) sur la supplémentation chez l'homme montre une diminution de profondeur des poches parodontales et un nombre de dents persistantes sur l'arcade plus importantes (51).
- Les protéines assurent une bonne cicatrisation, elles sont très importantes pour les processus métaboliques. Leur carence peut entraîner une **susceptibilité augmentée aux infections parodontales.**

### ***3.2.2.2 Les lésions dues aux vomissements***

Les vomissements sont à l'origine de perte d'électrolytes entraînant également des carences avec les conséquences vues précédemment. De plus l'acidité des vomissements sur le parodonte favorise les lésions type ulcérations, inflammations gingivales. L'introduction de doigts dans la bouche pour se faire vomir crée également des lésions muqueuses.

### 3.2.3 Examen dentaire

#### 3.2.3.1 L'érosion (52) (53)

L'érosion est définie comme une perte progressive et irréversible des tissus dentaires durs causée par un processus chimique. L'émail se déminéralise suite aux attaques acides et finit par se dissoudre et disparaître à certains endroits de la surface dentaire.

- L'érosion ne fait donc pas intervenir l'action des bactéries. Elle se retrouve chez les patients anorexiques et boulimiques, elle est la conséquence de causes intrinsèques telles que les vomissements (le pH de l'estomac se situe entre 1 et 1,5) (46) et les RGO (reflux gastro-œsophagien fréquemment retrouvés chez les patients se faisant vomir).

Les facteurs de risques de l'érosion sont :

- La fréquence et la durée du contact acide. Le contact nocturne augmente le risque d'érosion car le flux salivaire diminue.
- Un faible débit salivaire : la salive a un rôle important à jouer, lors d'une attaque acide, le flux salivaire augmente et entraîne une dilution des acides, de plus la salive apporte des minéraux, des ions calcium, et phosphates nécessaires à la reminéralisation de la surface dentaire.

Chez les patients anorexiques type boulimique, les érosions sont localisées au niveau des faces **palatines** et **occlusales**. Mais elles peuvent créer des lésions plus étendues surtout si la personne présente une alimentation acide associée ou des RGO. Ainsi les bords libres voire vestibulaires des incisives peuvent être touchés. Elles ont une forme caractéristique de cupule au niveau des dents postérieures.



Figure 5 : photographie de lésions érosives en cupules sur une molaire (54)

Ces lésions peuvent entraîner des troubles fonctionnels, esthétiques et psychologiques (55).

Les lésions érosives des faces palatines des incisives maxillaires (53) sont des lésions caractéristiques des patients se faisant vomir, elles présentent un liseré d'émail juxta gingival résiduel.



Figure 6 : photographie de lésions érosives sur les faces palatines des incisives maxillaires (53)

La translucidité des bords incisifs augmente. Les dents jaunissent car la dentine est exposée.

Tableau 7 : signes cliniques des lésions érosives (55)

<b>Etiologie</b>	<b>Localisation principale</b>	<b>Localisation secondaire</b>	<b>Morphologie des lésions</b>	<b>Sensibilités</b>	<b>Aspect du parodonte</b>
Erosion causée par l'anorexie - boulimie	Faces palatines des incisives et canines maxillaires	Faces palatines des prémolaires et molaires maxillaires, faces occlusales des prémolaires et molaires mandibulaires	Au niveau incisif : effacement progressif du relief de la face linguale. Au niveau des dents postérieures : lésions concaves, contour mal défini	Pas systématique mais peuvent être très importantes	Dénudation radiculaire fréquente en regard des faces érodées

Les signes initiaux sont difficilement identifiables et concernent particulièrement les pointes cuspidiennes et les faces palatines. Pour bien observer la dent il faut la sécher, se concentrer sur les sites d'initiation des lésions (55). Des systèmes d'évaluations des lésions ont été créés pour faciliter le diagnostic. On a le BEWE (Basic Erosive Wear Examination) qui est un système simple d'évaluation de la gravité des érosions et permet d'aider le dentiste dans sa prise en charge. Toutes les dents d'un sextant, sauf dents de sagesse, sont évaluées mais seule la surface la plus abimée est retenue. La somme des valeurs des 6 sextants est retenue et donne le BEWE (56).

Valeurs du BEWE :

- 0 : aucune érosion
- 1 : début de disparition du relief de surface
- 2 : lésion nette, destruction des tissus durs impliquant moins de 50% de la surface

- 3 : lésion nette, destruction des tissus durs impliquant plus de 50% de la surface.



Figure 7 : photographie de lésions érosives arcade maxillaire (56)



Figure 8 : photographies de lésions érosives arcade mandibulaire (56)

Dans la première photographie de l'arcade maxillaire les 3 sextants présentent un score de 3. Tandis qu'au niveau mandibulaire les scores sont de 3 en postérieur et de 2 en antérieur. Le patient présente un résultat général de 17, soit des érosions graves.

Un tableau a été créé pour aider à la prise en charge du patient en fonction du score du BEWE ( tableau 8).



Tableau 8: prise en charge selon le BEWE (57)

<b>Sévérité lésion</b>	<b>Somme de tous les sextants</b>	<b>Prise en charge</b>
Pas d'érosion	<2	Sensibilisation et suivi, répétition du BEWE tous les 3 ans
Peu d'érosion	3-8	Instructions d'hygiène bucco-dentaire, bilan alimentaire et conseils, sensibilisation et suivi. Répétition du BEWE tous les 2ans
Erosions prononcées	9-13	Instructions d'hygiène bucco dentaire, bilan alimentaire et conseils, détermination du facteur étiologique principal et suppression de l'exposition aux acides Recommandations de mesures de fluoruration et autres stratégies de reminéralisation Eviter les mesures de restauration si possible. Enregistrer ou noter la situation actuelle avec des modèles d'études, prise d'empreinte en silicone et photographies. Répétition de BEWE tous les 6 à 12 mois
Erosions graves	>14	Conduite à tenir idem que précédemment Suivi particulier en cas de progression rapide des érosions Eventuellement mesures de restauration Répétition du BEWE tous les 6 à 12 mois

### **3.2.3.2 Les caries**

Les patients anorexiques-boulimiques sont des patients à risque carieux élevé.

La carie dentaire est définie comme une maladie infectieuse d'origine bactérienne.

Chez les personnes anorexiques on peut identifier des facteurs de risque comme :

- la diminution du flux salivaire (hyposialie). La salive a un rôle de dilution et neutralisation des acides, de reminéralisation car elle contient des ions phosphates et calcium et forme une pellicule protectrice ;
- une mauvaise hygiène bucco dentaire peut être retrouvée chez ces patients ;
- vomissements à répétition ;
- des apports en sucres et acides répétés pour les patientes boulimiques ;
- des tissus dentaires fragilisés par les carences et les vomissements.

Les patientes anorexiques-boulimiques sont donc des patientes à risque carieux élevé.

### **3.2.3.3 L'hypersensibilité dentaire (58)**

Les hypersensibilités dentinaires sont des épisodes de douleurs brèves qui sont dus à des zones de dentine mise à nue au niveau coronaire ou radiculaire. La douleur peut alors être déclenchée par des irritations thermiques, tactiles, osmotiques ou chimiques. Leur intensité et leur fréquence sont variables et il faut tout autre cause (caries, fractures,...). Les patients ressentent des douleurs lorsqu'ils mangent, boivent, se brossent les dents. Ce sont des douleurs difficiles à gérer.

Chez les patients anorexiques ces douleurs sont dues à l'érosion.

Il existe d'autres causes de ces expositions de dentine comme le phénomène d'abrasion. C'est une usure excessive des tissus durs causée par des objets durs autre que les dents, tel un brossage traumatique dû à une brosse à poils durs ou à un dentifrice trop abrasif et un brossage trop vigoureux juste après des vomissements (qui combine donc **érosion + abrasion** : c'est le facteur principal de la perte dentaire).

## 4 Prévention et conseils

### 4.1 Une hygiène bucco-dentaire rigoureuse (46) (59) (60)

Il faut recommander à son patient :

- L'utilisation d'un **dentifrice peu abrasif** à base de **fluorures** (les dentifrices abrasifs comme les dentifrices blanchissants sont à éviter), d'une **brosse à dents souple** ou d'une **brosse à dents électrique se bloquant lors d'un excès de pression** et de **bain de bouche fluoré** (bain de bouche Elmex® protection érosion, bain de bouche sensodyne® pro email).
- Après chaque prise alimentaire, boire un verre d'eau et attendre 30 minutes avant de se brosser les dents. **Ne pas se brosser les dents directement après l'exposition acide** : rincer la bouche avec de l'eau ou avec une solution neutralisant les acides comme du **bicarbonate de soude** (une demi-cuillerée à café) ou **une solution fluorée** ou une gorgée de lait. On peut utiliser une solution dentaire spécifique connue pour protéger de l'érosion (exemple : avec du fluorure d'étain et du fluorure d'amine) cela permet la formation d'une couche riche en étain sur la surface dentaire.

Donc l'un des composés le plus courant pour protéger de l'érosion est le fluor.

Différents composés contenant des fluorures sont utilisés tels que (59) :

- Le fluorure de sodium (NaF)
- Le phosphate de sodium monofluorure (MFP),
- Le fluorure d'étain (SnF<sub>2</sub>) : exemple : **Méridol®**
- Le fluorure d'amine (AmF) : **Elmex sensitive®**

Les concentrations en fluorures des dentifrices varient entre 550 ppm et 1450 ppm de fluor.

Les fluorures forment une couche sur la surface érodée composée de fluorures de calcium (si dentifrice composé de fluorures d'amines ou fluorures de sodium) ou un précipité de surface riche en métal (si présence de fluorure d'étain). La couche formée va agir comme une barrière empêchant le contact des acides avec l'émail sous-jacent ou comme un réservoir de minéraux tamponnant l'acide. Le dépôt des sels de fluorures de calcium entraîne une diminution du diamètre des tubulis

dentinaires et donc diminue la sensibilité. De plus, on a la création de cristaux de fluoroapatite qui sont plus résistants aux attaques acides que l'hydroxyapatite.

- Technique de brossage : ne pas brosser les dents horizontalement, brosser les dents de la gencive vers la dent en exerçant une pression légère. Veiller à brosser toutes les faces des dents.
- Effectuer des **visites régulières** chez le chirurgien-dentiste (une fois par an minimum, tous les 6 mois pour les patients les plus à risque d'érosion).
- Mâcher des **chewing-gum** au xylitol (édulcorant) ou fluorés : ils vont permettre d'augmenter le débit salivaire.
- Possibilité de porter des gouttières thermoformées lors des vomissements afin de protéger les dents.
- Port de gouttières de fluoration / application de vernis fluorés

#### **4.2 Conseils lors de la prise alimentaire**

Afin de limiter les attaques acides sur des dents déjà fragilisées par les vomissements :

- Limiter la consommation de boissons et d'aliments acides. Privilégier les boissons sans sucres (concerne les crises boulimiques) et peu acides.
- Consommer à la paille les boissons acides.
- Consommer du lait et du fromage (riches en phosphate et calcium).
- Consommer des fruits plutôt que des jus de fruits.
- Consommer de l'eau.

Tableau 9 : les pH des différentes boissons (54)

<b>boissons</b>	<b>pH</b>	<b>boissons</b>	<b>pH</b>
coca	2,7	Jus de cranberries	2,3-2,4
pepsi	2,7	Jus d'orange	3,4
sprite	2,6	Jus de pomme	3,4
Iced tea	3	bière	4-5
Fanta orange	2,9	Café	2,4-3,3
redbull	3,4	thé	4,2
Jus d'ananas	3,4	vin	2,3-3,8

Tableau 10 : les pH en fonction des aliments (54)

<b>aliments</b>	<b>pH</b>	<b>aliments</b>	<b>pH</b>
pomme	2,9-3,5	orange	2,8-4
abricot	3,2-3,6	poire	3,4-4,7
raisin	3-3,5	moutarde	3,6
citron	1,8-2,4		
pêche	3,1-4,2		

## 5 Traitements

### 5.1 Traitement de l'hypersensibilité

Le tableau ci-dessous présente différents produits permettant de lutter contre les sensibilités.

Tableau 11 : exemple de produits désensibilisants (61)

<b>Prescription de dentifrices contenant des agents désensibilisants comme :</b>	
Le fluor	Elmex sensitive®, sensodyne pro email®
Les sels de potassium	Signal sensitive expert®
Les sels de strontium	Sensodyne rapide®
Le pro argin (carbonate de calcium, arginine et monofluorophosphate de sodium)	Colgate pro apaisant® Elmex sensitive professional®
La novamin®	Sensodyne répare et protège®
<b>Prescription de bain de bouches fluorés :</b> Elmex® protection érosion, bain de bouche sensodyne® pro email	
<b>Application d'agents topiques :</b>	
Composés fluorés	Duraphat®, Elmex gelée®, Gluma Desentizer®
CPP-ACP : pâte phosphopeptine caséine-phosphate de calcium amorphe	Pâte au calcium et au phosphate bio disponible. Il va protéger les dents et neutraliser les acides. GC tooth mouth®.
Adhésifs	Ils ont un effet immédiat. On a par exemple le Gluma desentizer® qui est soit sous forme de gel soit sous forme de solution.  On a aussi la résine de méthacrylate que l'on a dans différents produits : Seal and protect®, Viva sens ®. La résine Bonfill SB ® sun medical est également intéressante (55).
<b>Application de composites s'il y a une perte de tissus dentaires associée</b>	

Le laser peut également être utilisé dans le traitement des sensibilités. Son principe est basé sur l'occlusion ou la diminution du diamètre des tubulis dentinaires (62) à l'aide de poudre de graphite. Une étude a testé les effets des lasers Nd :YAG et Er :YAG et a conclu que les résultats étaient satisfaisants pour 6 mois minimum (63) avec de meilleurs résultats pour le premier laser.

## **5.2 Traitement de l'hyposialie**

### **5.2.1 Recommandations générales**

Il faut recommander une alimentation si possible variée, de l'eau et éviter la nourriture épicée pour ne pas abimer les muqueuses fragiles. Les liquides froids sont conseillés mais pas trop acides ni sucrés. Entre les repas l'hydratation est importante. Les bains de bouche alcoolisés ne sont pas recommandés.

### **5.2.2 Stimulation de la sécrétion par des moyens locaux**

On peut conseiller des chewing-gums sans sucre pour stimuler la sécrétion salivaire de repos et de favoriser une alimentation dure afin de stimuler la mastication.

### **5.2.3 Stimulation de la sécrétion par des moyens systémiques**

Les sialologues sont utilisés dans les cas sévères d'hyposialie. Les principaux utilisés sont :

- La Pilocarpine qui est une molécule issue d'une plante. On la retrouve dans le Salagen®. C'est un traitement efficace mais qui présente de nombreuses contre-indications notamment dans les cas d'hypertension ou de problèmes cardiovasculaires ou avec la prise d'antidépresseurs.
- L'anethole-trithione (Sulfarlem®) qui est délivré sans ordonnance et sans contre-indication particulière.

## **5.3 Traitements de l'érosion**

Les lésions érosives ne sont pas faciles à identifier au début, c'est un processus lent, quand les patients consultent il est généralement trop tard.

La détection des lésions se fait par l'observation d'une perte d'émail, la formation de cupules, l'exposition dentinaire, les hypersensibilités dentinaires, la coloration jaune orangée des surfaces dentinaires exposés (55).

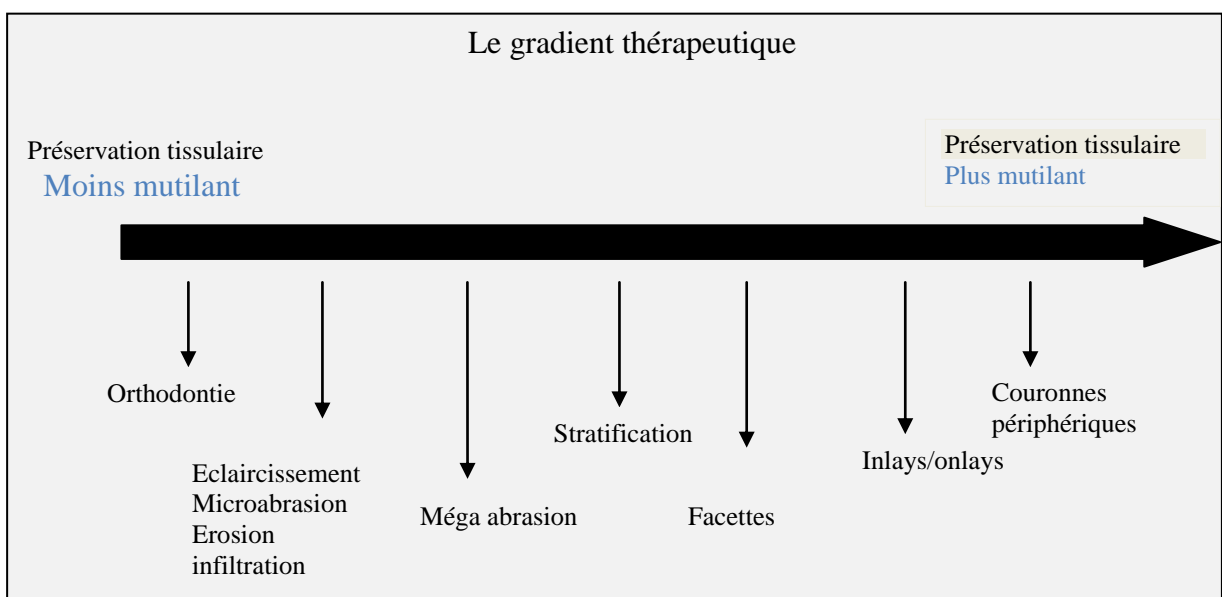
Le suivi est très important, il faut également prendre des photos intra buccales et faire des moulages pour suivre l'évolution.

### 5.3.1 Prévention

Il faut donner les conseils hygiéniques et alimentaires le plus tôt possible. Il va s'agir également de l'application de produits reminéralisants tels que des pâtes phosphopeptine caséine-phosphate de calcium (GC -**Toothmouth®**). Leur application peut se faire au cabinet ou en ambulatoire. Ainsi que l'application de vernis fluorés, vus précédemment, tels que le **Duraphat®**, le **Shellac F®**.

### 5.3.2 Traitements : minimalement invasifs

Si ces érosions ne sont pas prises en charge assez tôt, les traitements recommandés initialement étaient des traitements de réhabilitations complètes avec des mutilations importantes dues aux préparations des dents. Les concepts restaurateurs conservateurs se sont depuis développés afin de conserver au maximum les tissus dentaires chez des patients qui ont déjà perdu des tissus dentaires suite à l'érosion. On favorise donc une dentisterie additive plutôt que soustractive (figure 4), surtout qu'il peut s'agir de patients jeunes adolescents. Cependant dans les cas les plus importants, l'utilisation de matériaux composites pour la réhabilitation complète est controversée.



**Figure 9:** gradient thérapeutique de Tirlet et Attal, restaurations classées de la moins mutilante à la plus mutilante (64)



Les techniques économes en tissus dentaires se sont donc développées grâce aux améliorations dans le domaine de l'adhésion et des biomatériaux aboutissant à des approches minimalement invasives. Pascal Magne parle d'un concept « biomimétique » ou « bioémulation » qui est une approche minimalement invasive qui prend exemple sur la biologie de la dent. La liaison adhésive entre le matériau de restauration et la dent doit imiter au maximum la jonction amélo-dentinaire qui a un rôle d'absorption des contraintes. Ce principe se base sur 2 éléments : le collage et la préservation tissulaire (65).

On retrouve donc 2 points très importants : le contrôle des facteurs étiologiques (alimentation, brossage, médicaments, pathologies) et les solutions non invasives (55).

Le principal problème des dentures érodées est le manque de place occlusal pour les réhabilitations. On retrouve différentes situations pour les érosions importantes (53).

- Erosions importantes avec absence d'égression et donc diminution de la DVO (dimension verticale d'occlusion) : cette situation est plus simple à traiter car il y a la place nécessaire pour les restaurations ;
- Erosions importantes et égressions, conservation de la DVO et espace inter occlusal suffisant ;
- Erosions importantes et compensées, DVO conservée et espace occlusal limité : l'espace libre d'inocclusion est diminué, c'est le cas le plus compliqué car il n'y a pas assez de place pour les restaurations.

Il existe différentes techniques pour gagner de l'espace (66) (67) :

- le traitement orthodontique.
- l'augmentation de la dimension verticale, dans ce cas la réhabilitation doit concerner au moins une arcade.
- La technique de Dahl : cette technique permet une augmentation de DVO en antérieur de 2 à 3 mm. Elle consiste en la pose d'un plan de morsure palatin en chrome cobalt amovible qui entraîne une désocclusion des dents postérieures pendant plusieurs mois (8 à 14 mois). Cela va permettre l'éruption des dents postérieures et une intrusion des dents antérieures et

libérer la place suffisante en occlusal des dents antérieures pour la réhabilitation.

L'objectif de la réhabilitation est principalement de protéger la dentine exposée.

Si l'on augmente la DVO cela implique des restaurations de grande étendue. Il ne faut pas vouloir augmenter la DVO de manière trop importante, on estime que le maximum d'augmentation est de 5 mm entre les incisives (68) si on le réalise en une fois. Il est parfois possible d'augmenter plus mais cela se fera progressivement.

Une phase de provisoires est indispensable pour tester la nouvelle DVO (ce temps est variable selon les cas, de 1 semaine à plusieurs mois).

#### **5.3.2.1 Les composites**

Les techniques adhésives par composites directs ou indirects permettent de traiter une majorité de situations cliniques (55). Ils sont tout à fait indiqués pour le traitement des lésions cupuliformes peu étendues.

Les composites peuvent être réalisés de manière directe au cabinet :

- A main levée pour des érosions peu importantes type cupules.
- Ou à l'aide d'une clef de stratification en silicone positionnée en palatin qui permettra l'incrémentation du composite ou bien avec une gouttière transparente (composite chauffé) que l'on charge de composite mais ne permet pas l'incrémentation. Ces clefs et gouttières sont réalisées grâce aux empreintes réalisées sur les wax up.

Les composites directs sont réservés aux lésions peu étendues (68), car pour des lésions plus étendues leur réalisation est compliquée et peut prendre du temps. Pour des lésions plus importantes on privilégie les composites indirectes réalisés au laboratoire et qui sont une bonne alternative aux prothèses en céramiques.

Les composites ont l'avantage d'être peu abrasifs, ce qui est intéressant chez les personnes anorexiques dont les dents peuvent être fragilisées, de plus ils sont faciles à réparer.

Cependant, ils subissent une usure plus rapide que les céramiques.

#### **5.3.2.2 Les céramiques (69)**

On peut les classer en 4 catégories :

- Les céramiques feldspathiques : elles sont très esthétiques.
- Les vitrocéramiques :  
On retrouve les céramiques enrichies en leucites (Empress®) et les céramiques enrichies en disilicate de lithium (E max®). Ces dernières sont très résistantes et présentent un collage efficace.
- Les céramiques infiltrées (alumineuses) : In ceram®.  
Infiltrées d'alumine pure ou d'alumine + magnésium ou d'alumine + zircon.
- Les céramiques polycristallines : elles ne présentent pas de phase vitreuse mais uniquement des cristaux d'alumine ou de zircon.

Les différentes céramiques ont plusieurs indications, certaines sont plus appropriées selon les situations (tableau 12).

Tableau 12 : choix maximisant l'esthétique tout en assurant la sécurité (69)

<b>Matériau</b>	<b>Couronne antérieure</b>	<b>Couronne postérieure</b>	<b>Inlay Onlay</b>	<b>Facettes</b>
<b>Feldspath</b>	-	-	-	+
<b>Leucite</b>	-	-	-	+
<b>Disilicate de lithium</b>	+	+	+	+
<b>Alumine-spinelle</b>	+	-	-	-
<b>Alumine</b>	+	-	-	-
<b>Alumine-zircon</b>	-	-	-	-
<b>Alumine dense</b>	+	+	-	-
<b>Zircon Y-TZP</b>	+	+	-	-

Les céramiques utilisées pour les facettes sont souvent celles à base de disilicate de lithium (e max) qui permettent de coupler un bon niveau esthétique et une bonne résistance mécanique. Les céramiques feldspathiques sont, elles, moins résistantes mais très esthétiques (70).

Chez les patients anorexiques il est intéressant de réaliser des **facettes palatines en composites au laboratoire** car ces facettes sont moins abrasives pour les dents antagonistes.

Généralement, on sélectionne le matériau de restauration en fonction des dents antagonistes, si l'on a des prothèses en céramiques en antagoniste on va choisir la céramique tandis que si l'on a de l'émail on privilégiera le composite.

### **5.3.2.3 La combinaison des techniques**

Les restaurations minimalement invasives se développent. On peut combiner les techniques : par exemple des facettes céramiques antérieures et des composites palatins (71) (72).

#### ➤ **En antérieur :**

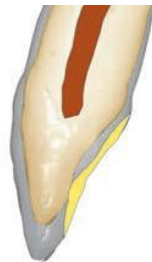
- ❖ Technique directe : réalisation de composites à main levée ou à l'aide d'une clef en silicone de stratification en palatin ou à l'aide d'une gouttière thermoformée créée à base des modèles de wax-up (splint technique). Solution à moyen terme et très compliquée.
- ❖ Technique indirecte : facettes, en composites ou en céramiques, la céramique est plus esthétique et donc recommandée en vestibulaire. Pour la préparation on peut s'aider d'une clef en silicone ou des mock-up pour contrôler l'épaisseur de la préparation.
- ❖ On peut coupler les techniques directes et indirectes : la « technique sandwich » va permettre de limiter la réduction tissulaire. Elle consiste en la réalisation de composites en technique directe sur la face palatine puis la réalisation de facettes vestibulaires céramiques.

Une classification illustre cette technique sandwich, c'est la classification ACE (73) qui est un outil clinique qui permet d'évaluer la gravité de l'érosion et d'aider le praticien à choisir la thérapeutique. Elle a été créée par Vailati et Belser (2010). Elle présente une technique conservatrice pour les dents antérieures.

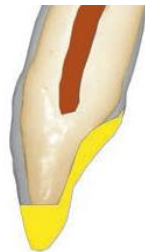
Classe I : amincissement émail palatin, pas de traitement recommandé. Mais prévention : conseils, gouttière de protection occlusale, fluoration.



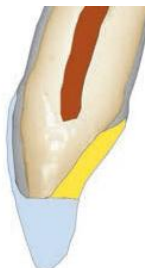
Classe II : exposition dentinaire sur les faces palatines dans les zones d'occlusion, pas d'atteinte des bords incisifs. Restaurations par composites directs ou indirects.



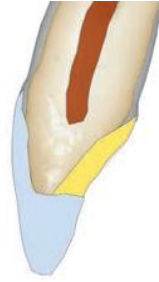
Classe III : dentine exposée en palatin et atteinte des bords incisifs de moins de 2 mm. Restauration directe si l'espace interocclusal est inférieur à 1 mm et restauration indirecte si cet espace est supérieur à 2mm.



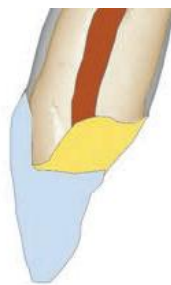
Classe IV : exposition dentinaire étendue en palatin. Perte de la longueur de la dent supérieure à 2 mm. Utilisation de la technique sandwich en antérieur.



Classe V : exposition dentinaire étendue en palatin, perte de la longueur de la dent supérieure à 2 mm, perte d'émail vestibulaire. Technique sandwich recommandée.



Classe VI : perte de structure dentaire très avancée conduisant à la nécrose. Technique sandwich peut être tentée mais c'est une solution très expérimentale dont le résultat à moyen et long terme est inconnu.



➤ **En postérieur :**

- ❖ Technique directe : en composite (exemple de composite résistant : le Majesty postérieur® Kuraray), plutôt pour des petites lésions cupuliformes.
- ❖ Restaurations partielles indirectes collées : on a les overlays en composite ou céramique, et, les « table top » qui sont des restaurations ultra pelliculaires de 0.5 à 0.8 mm (74).

Il n'y a pas une solution unique, cependant la démarche commune doit être la préservation tissulaire.

#### ***5.3.2.4 La chronologie de réhabilitations complètes (70) (75)***

On peut utiliser dans la pratique du cabinet cette chronologie de réhabilitation complète (71) :

- dans un premier temps la réalisation des full mock-up (76). Pour cette étape, Gil Tirlet parle de réaliser 2 jeux de gouttières distincts. Un premier jeu réalisé sur des modèles en plâtre avec wax-up des canines aux molaires. Les mock-up réalisés vont permettre le calage et libérer l'espace antérieur pour les mock-up antérieurs. Puis un 2<sup>ème</sup> jeu de gouttières réalisé sur les modèles

avec l'ensemble des wax-up. Ce qui va nous permettre de réaliser les mock-up incisifs (76).

- puis la réalisation des restaurations postérieures (maxillaires puis mandibulaires). Il est conseillé pour la réhabilitation prothétique de faire les restaurations définitives maxillaires à l'aide des mock-up mandibulaires avec des retouches réalisées sur les mock-up plutôt que sur les restaurations qui sont généralement fines. Ensuite les restaurations mandibulaires définitives sont réalisées. Cette étape permet la restauration de la DVO.
- enfin dans un dernier temps la confection des restaurations antérieures.

#### **5.3.2.5 Exemple de prise en charge d'un cas complexe (cas du Dr Leroux)**

Ce cas a été réalisé par le Dr Olivier Leroux.

La patiente de ce cas présentait des érosions généralisées avec une perte de hauteur des incisives maxillaires. Les faces palatines des incisives maxillaires et les faces occlusales des prémolaires et molaires sont concernées. On retrouve notamment des lésions en cupules sur les dents postérieures. Une anorexie est suspectée chez cette patiente. Le traitement de cette patiente de 14 ans a nécessité 3 mois.



Figure 10 : photographie du sourire de la patiente en occlusion (Dr Leroux)



Figure 11 : photographie du sourire de la patiente (Dr Leroux)



Figure 12 : photographie de l'arcade maxillaire (Dr Leroux)





Figure 13 : photographie de l'arcade mandibulaire (Dr leroux)

Les étapes de ce traitement global ont été :

Séance 1 : première consultation et projet esthétique.

Lors de cette première séance nous réalisons l'examen clinique, des radiographies, des photographies (visage de face : sans sourire, sourire léger, large sourire et intra orales de arcades complètes).

Des empreintes en silicone double mélange sont prises ainsi que l'arc facial et la RIM (ces modèles serviront pour la réalisation des wax-up). Les références esthétiques du visage sont aussi communiquées. Ces dernières peuvent être enregistrées à l'aide de ditramax® : la ligne bipupillaire et l'axe médian du visage, pour la réalisation des wax up (77).

Il est important de bien communiquer avec le prothésiste pour qu'il ait toutes les informations nécessaires (78).

Il existe des logiciels qui permettent de proposer une modélisation informatique pour calculer la ligne du sourire (79). Ils vont analyser le visage grâce aux photographies et aux moulages. Il faudra placer les axes de références sur les photographies : la ligne bi-pupillaire, la ligne bi-commissurale et l'axe vertical médian. Ces axes seront reportés sur les photos intra-buccales pour aider à réaliser le projet, le bord libre des

incisives étant parallèle à la ligne bi-pupillaire. La position de la lèvre inférieure va nous aider à déterminer la longueur des dents. La nouvelle forme des dents sera donnée et les mesures précises seront données au prothésiste pour la réalisation des wax up.



Figure 14 : 3 portraits de face avec positionnement des axes (ligne bi-pupillaire, axe médian, bi-commissurale, plan incisif) pour la réalisation du projet virtuel (80)



Figure 15 : visualisation projet esthétique par le Virtual Esthetic project (80)

Ces logiciels (ex : Virtual Esthetic Project (80), Digital smile design) permettent une meilleure communication entre le praticien, le prothésiste et le patient car on va avoir une visualisation du résultat final. Ceci va donc motiver le patient à réaliser le traitement.

### Séance 2 : réalisation des mock-up.

Le laboratoire a ainsi pu réaliser les full wax-up et 4 clefs d'isomoulage en silicone (haute viscosité + light (74)) pour la réalisation des mock-up. Ces clefs en silicone

seront ajustées parfaitement aux collets des dents par réalisation d'échancrures qui permettront d'éliminer parfaitement les excès lors de la prise du matériau (figure 16).

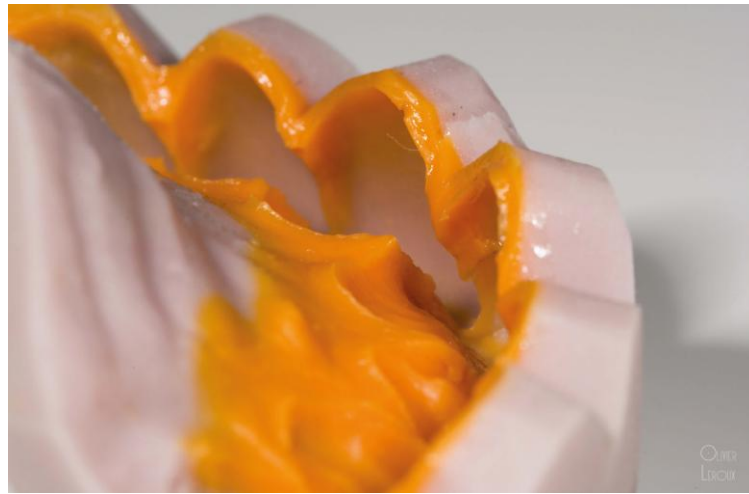


Figure 16 : photographie d'un isomoulage en silicone avec échancrures (65)

Ces wax up vont permettre la confection de mock-up ou masques de diagnostics. Ils permettent de visualiser le résultat final et peuvent servir lors des préparations des dents pour contrôler l'épaisseur. Ils peuvent également être utilisés comme provisoires. Pour la réalisation des mock-up en bouche utilisés en tant que provisoires, il faut réaliser des « etch spots » (76) (points de mordançage puis rinçage + séchage) sur les dents, puis on applique le bonding (+photopolymérisation) (figure 17).



Figure 17 : photographie des « etch spot » (65)

La gouttière est chargée en résine (généralement de la résine bis-acryl, ex : Protemp®, Luxatemp®). Les mock-up peuvent être solidarités entre eux. Les finitions sont réalisées en bouches à l'aide de fraises bagues rouge.

Si des changements sont effectués sur les mock-up il faudra reprendre une empreinte pour expliquer les changements au laboratoire.

La patiente est restée 3 semaines avec ces mock-up, ce qui a permis la validation du projet esthétique.

### Séance 3 : empreintes secteurs postérieurs maxillaire.

Les préparations ont été faites pour les secteurs postérieurs maxillaires : préparations mock-up en place secteur 1, puis empreinte de ce secteur.

Ensuite la même chose a été réalisé secteur 2.

Comme il y a déjà une perte tissulaire, la préparation de la dent est vraiment minime et la forme de la préparation dépend des tissus restants sains, on ne cherche pas délabrer plus mais bien à conserver au maximum les tissus dentaires exempts de pathologie carieuse. Il faut adapter la forme de la restauration à la dent et non l'inverse.

Il est conseillé de réaliser une **hybridation dentinaire immédiate** (65) juste après préparation des dents, elle diminue les sensibilités post préparation et permet un meilleur collage par la suite (81) en protégeant la dentine.

A la fin de la séance les mock-up ont été refait dans ces secteurs et les empreintes envoyées au laboratoire.

### Séance 4 : collage overlays maxillaires.

Après la dépose des mock-up on procède au collage.

### Séance 5 : empreintes secteurs postérieurs mandibulaires.

Les préparations postérieures mandibulaires ainsi que les empreintes ont été réalisées de la même manière qu'au maxillaire.

### Séance 6 : collage restaurations postérieurs mandibulaires.

### Séance 7 : préparations facettes palatines + empreintes.

### Séance 8 : collage facettes palatines.

Elles permettent un rallongement des incisives.

La digue a été posée à toutes les étapes de collage.



Figure 18 : photographie post traitement (Dr Leroux)

La perte de DV était minime, cependant le résultat final a totalement transformé le visage de la patiente qui a été très satisfaite de ce résultat et a permis de conserver au maximum les tissus dentaires et de les protéger tout en diminuant les sensibilités.

## Conclusion

Les conséquences de l'anorexie sont multiples et peuvent concerner toutes les parties du corps. Ces modifications ont un impact pour la prise en charge par le chirurgien-dentiste. Ce dernier est au premier rang pour identifier les premiers signes cliniques et donc son rôle est primordial. Il va ainsi pouvoir orienter le patient chez le médecin. La communication avec le médecin est très importante. Par exemple, il faut s'assurer du bon traitement des reflux car c'est un prérequis indispensable.

Les érosions, les caries et les lésions parodontales sont les principales conséquences concernant la cavité buccale mais leur détection précoce n'est pas toujours facile. Le traitement des lésions érosives est en pleine évolution avec pour objectif principal la protection des tissus dentaires résiduels. La protection doit se faire dès les premiers signes avec les conseils du dentiste et les moyens de prévention. Le dentiste dispose de nombreux produits tels que les dentifrices enrichis en fluor, les bains de bouche ou les vernis fluorés qu'il peut conseiller au patient. Pour cela il est important de bien expliquer au patient les processus d'érosions et les moyens de les éviter afin qu'il s'investisse dans sa prise en charge.

Les soins vont favoriser des techniques conservatrices. De la réalisation des composites à la réalisation de facettes, le dentiste doit garder à l'esprit la préservation tissulaire. Les couronnes ne sont plus des traitements de références mais doivent être réservées aux cas les plus importants où les tissus résiduels ne permettent plus le collage ou aux réinterventions. Leur traitement se base donc à la fois sur la prévention et sur les soins.

Ces lésions sont de plus en plus fréquentes dans la population, elles ne concernent pas seulement les patients anorexiques ou boulimiques. En effet on retrouve, entre autre, des cas d'érosions chez les personnes consommant énormément de sodas et jus de fruits ou chez des personnes victimes de reflux gastriques. C'est pourquoi l'identification des causes ou des facteurs de risque, ainsi que l'éducation des patients sur les facteurs responsables de l'érosion est une part importante du traitement et de sa réussite.

## Références bibliographiques

1. Lamas C, Shankland R, Nicolas I, Guelfi J-D. Les troubles des conduites alimentaires. Paris, France: Elsevier Masson, DL 2012; 2012. v+164.
2. has-sante.fr. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations Juin 2010 [Internet]. [cité 20 oct 2016]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)
3. Berg KM, Hurley DJ, McSherry JA, Strange NE. Troubles du comportement alimentaire. Vialettes B, éditeur. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2005. xxxi+318.
4. Papet N, Lafay N, Manzanera C, Senon J.-L. Troubles du comportement alimentaire Q42 [Internet]. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Troubles%20du%20comportement%20alimentaire.pdf>
5. has-sante.fr. Anorexie mentale : prise en charge. Argumentaire Juin 2010. [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)
6. Easter MM. Not all my fault”: Genetics, stigma, and personal responsibility for women with eating disorders. *Soc Sci Med* 1982. oct 2012;75(8):1408-16.
7. inserm.fr. Anorexie mentale [Internet]. [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>
8. Bhargava S, Bhagwandas Motwani M, Patni V. Oral implications of eating disorders: a review. *Arch OrofacSci*. 2013;8(1):1-8.
9. has-sante.fr. Anorexie mentale : prise en charge. juin 2010 [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics\\_-\\_anorexie\\_-mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf)
10. inserm.fr. Troubles des conduites alimentaires [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/165/?sequence=25>
11. Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l’adolescence. *J Pédiatrie Puériculture*. mars 2010;23(1):30-50.
12. Duverger P, Malka J, Goeb JL, Corcos M, Vidailhet C, Sibertin-Blanc D. et al. 1 ère partie : Modules transdisciplinaires - Module 3 : Maturation et vulnérabilité – Objectif 42 : Troubles du comportement alimentaire à l’adolescence. [Internet]. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/20.%20TDCA%20ADO%203-42.pdf>
13. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa – medical complications. *J Eat Disord*. 2015;3:11.
14. Steinberg BJ. Medical and dental implications of eating disorders. *J Dent Hyg*. juin 2014;88(3):156-9.

15. Estour B, Galusca B, Germain N. Conséquences somatiques de l'anorexie mentale: Somatic consequences of anorexia nervosa. *Médecine Mal Métaboliques*. mars 2012;6(2):131-6.
16. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med*. 1 janv 2016;129(1):30-7.
17. prof-il.org. Manifestations cutanées : le reflet de comportements alimentaires troubles [Internet]. ProfIL. 2014 [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://prof-il.org/manifestations-cutanees-reflet-comportements-alimentaires-troubles/>
18. Strumia R. Eating disorders and the skin. *Clin Dermatol*. janv 2013;31(1):80-5.
19. Seckinger C, Curien R, Hubert A-C, Sourdot A, Anastasio D. Manifestations buccales des anémies. *Actual Odonto-Stomatol*. 1 mars 2010;(249):35-41.
20. Dede AD, Lyritis GP, Tournis S. Bone disease in anorexia nervosa. *Horm Athens Greece*. mars 2014;13(1):38-56.
21. Jeammet P, Passelecq A. Anorexie et boulimie: Une clinique de l'extrême. *De Boeck Supérieur*; 2011. 128 p.
22. Schneiter S, Berwert L, Bonny O, Teta D, Vogt B, Burnier M. Les conséquences rénales de l'anorexie. *Rev Médicale Suisse*. 2009;(192):440-4.
23. Legroux-Gérot I, Cortet B, Vignau J. Retentissement osseux de l'anorexie mentale. *Rev Rhum Monogr*. avril 2013;80(2):94-9.
24. Grinspoon S, Thomas E, Pitts S, Gross E, Mickley D, Miller K, et al. Prevalence and Predictive Factors for Regional Osteopenia in Women with Anorexia Nervosa. *Ann Intern Med*. 21 nov 2000;133(10):790-4.
25. Cortet B, Legroux-Gérot I. Tissu osseux et anorexie mentale. *Rev Rhum*. mai 2006;73(5):535-7.
26. Mehler PS, Sabel AL, Watson T, Andersen AE. High risk of osteoporosis in male patients with eating disorders. *Int J Eat Disord*. nov 2008;41(7):666-72.
27. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa - medical complications. *J Eat Disord*. 2015;3:12.
28. Winston AP. Management of physical aspects and complications of eating disorders. *Psychiatry*. avril 2008;7(4):174-8.
29. Smith M. 14 - Troubles Psychiatriques. In: *L'essentiel de la médecine générale pour le chirurgien-dentiste*. Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 203-18.
30. Pillon F. Savoir conseiller les laxatifs à l'officine. *Actual Pharm*. 2010;(492).
31. Masson E. Diurétiques : aspects pharmacologiques et thérapeutiques [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/201121/diuretiques-aspects-pharmacologiques-et-therapeuti>



32. Mehler PS, Krantz MJ, Sachs KV. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Eat Disord.* 2015;3:15.
33. J.-M.M. Anorexie, carence calcique et ostéoporose juvénile. *Rev Francoph Lab.* mars 2006;2006(380):12.
34. Ferrari P, Bonnot O. *Traité Européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: Lavoisier; 2012. 910 p.
35. Sproat C, Burke G, McGurk M, Gaudy J-F. *L'essentiel de la médecine générale pour le chirurgien dentiste.* Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson; 2009. xiii+288.
36. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. *Risques médicaux: guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste.* Paris, France: Association dentaire française; 2013. 135 p.
37. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. *Risques médicaux: guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste : mise à jour 2016 sur 14 risques.* Paris: Association dentaire française; 2016. 56 p.
38. Levin PA, Falko JM, Dixon K, Gallup EM, Saunders W. Benign parotid enlargement in bulimia. *Ann Intern Med.* déc 1980;93(6):827-9.
39. pocketdentistry.com. Chapter 6 : Swelling [Internet]. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://pocketdentistry.com/6-swelling/>
40. Comment dois-je traiter un patient atteint de chéilite angulaire? *J Can Dent Assoc.* 2013;(79):d68.
41. Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* nov 2008;106(5):696-707.
42. ufsbd.fr. Médicaments à répercussion bucco-dentaire. [Internet]. [cité 29 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/02/Medicaments-repercussionBD\\_050215.pdf](http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/02/Medicaments-repercussionBD_050215.pdf)
43. Masson E. Conduite à tenir devant une sécheresse buccale [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1098339/conduite-a-tenir-devant-une-secheresse-buccale>
44. Ahariz M, Loeb I, Courtois P. Candidoses orales et prothèses dentaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* avril 2010;111(2):74-8.
45. campus.cerimes.fr. Examen de la face et de la cavité buccale. 2 - Examen endobuccal [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/face/site/html/2.html>
46. Chaussain C. Nutrition et santé bucco-dentaire à tous les âges de la vie : quels risques, quels conseils ? [Internet]. [cité 26 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/dossiers-de-presse-congres/dossiers-de-presse/file/32-nutrition-et-sante-bucco-dentaire-a-tous-les-ages-de-la-vie-quels-risques-quels-conseils>

47. Rosengard H, Messadi D, Mirowski G. Oral Manifestations of Systemic Diseases [Internet]. 2016 [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/1081029-overview>
48. Neiva RF, Al-Shammari K, Nociti FH, Soehren S, Wang H-L. Effects of vitamin-B complex supplementation on periodontal wound healing. *J Periodontol.* juill 2005;76(7):1084-91.
49. Yan Y, Zeng W, Song S, Zhang F, He W, Liang W, et al. Vitamin C induces periodontal ligament progenitor cell differentiation via activation of ERK pathway mediated by PELP1. *Protein Cell.* août 2013;4(8):620-7.
50. Dietrich T, Nunn M, Dawson-Hughes B, Bischoff-Ferrari HA. Association between serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D and gingival inflammation. *Am J Clin Nutr.* sept 2005;82(3):575-80.
51. Meisel P, Schwahn C, Luedemann J, John U, Kroemer HK, Kocher T. Magnesium deficiency is associated with periodontal disease. *J Dent Res.* oct 2005;84(10):937-41.
52. West NX, Joiner A. Enamel mineral loss. *J Dent.* juin 2014;42 Suppl 1:S2-11.
53. Picos AM, D'Incau E, Bonafos C, Berar A, Chira A, Dumitrascu D. Erosion dentaire d'origine intrinsèque. *Rev Odontostomatol (Paris).* 2014;43(1):56-70.
54. Yan-Fang R. Dental Erosion: Etiology, Diagnosis and Prevention [Internet]. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.rdhmag.com/etc/medialib/new-lib/rdh/site-images/volume-31/issue-8/1108RDH075-085.pdf>
55. Colon P, Lussi A. Approche ultraconservatrice du traitement des lésions érosives et abrasives. *Réal Clin.* 2012;23(3):213-22.
56. Brunton P, Alhilou A, Beddis H, Seymour D. Oral Health Report : autumn 2014 [Internet]. [cité 24 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.gsk-dentalprofessionals.co.uk/media/382673/bdj-oral-health-report-oct2014-paul-brunton-tooth-wear.pdf>
57. Saulue P, d'Incau E, Lалуque J-F, Carra M-C. Usures liées à l'érosion et aux bruxismes chez l'enfant et l'adolescent. *Rev Odontostomatol (Paris).* 2014;43(1):71-87.
58. Joseph. Hypersensibilité [Internet]. [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.dentairesantepublique.fr/hypersensibilite/>
59. Magalhaes AC, Wiegand A, Buzalaf MAR. Use of dentifrices to prevent erosive tooth wear: harmful or helpful? *Braz Oral Res.* 2014;28 Spec No:1-6.
60. Buxeraud J. Le conseil du pharmacien face à l'érosion dentaire. *Actual Pharm.* février 2011;50(503):45-8.
61. Brodowski D, Imfeld T. L'hypersensibilité dentinaire aperçu des connaissances actuelles. *Rev Mens Suisse Odontostomato.* 2003;113(1):54-8.
62. Birang R, Poursamimi J, Gutknecht N, Lampert F, Mir M. Comparative evaluation of the

- effects of Nd:YAG and Er:YAG laser in dentin hypersensitivity treatment. *Lasers Med Sci.* 18 nov 2006;22(1):21-4.
63. Dilsiz A, Canakci V, Ozdemir A, Kaya Y. Clinical Evaluation of Nd:YAG and 685-nm Diode Laser Therapy for Desensitization of Teeth with Gingival Recession. *Photomed Laser Surg.* déc 2009;27(6):843-8.
  64. sop.asso.fr. Compte rendu Formation « Michel Degrange » - 31 mars 2011 - SOP - Préservation tissulaire, biomimétique, adhésion : les trois clés de la dentisterie actuelle [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.sop.asso.fr/les-services/comptes-rendus/journee-scientifique-speciale-en-hommage-a-michel-degrange/1>
  65. Leroux O. L'intérêt de la biomimétique en pratique quotidienne. *Dentoscope.* 2015;(149):50-6.
  66. Mizrahi B A technique for simple and aesthetic treatment of anterior toothwear [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.mizrahi-dental-teaching.co.uk/pdf/Simpleandaetheticreatmentforanteriortoothwear.pdf>
  67. Robinson S. Techniques for restoring worn anterior teeth with direct composite resin [Internet]. [cité 14 oct 2016]. Disponible sur: <http://specialistdentalcare.com/wp-content/uploads/2015/06/restoring.pdf>
  68. Mehta SB, Banerji S, Millar BJ, Suarez-Feito J-M. Current concepts on the management of tooth wear: part 4. An overview of the restorative techniques and dental materials commonly applied for the management of tooth wear. *Br Dent J.* 24 févr 2012;212(4):169-77.
  69. Etienne O, Hajto J. Les matériaux céramique en « prothèse sans métal ». *Cah Prothese.* 2011;(155):5-.
  70. Chiche G. Comment bien planifier l'esthétique Principes d'occlusion selon les proportions, longueurs et hauteurs visibles des dents. *Quintessence Rev Int Prothèse Dent.* 2012;(3):196-.
  71. Tirlet G. Erosion et usure extrêmes chez le senior : Une approche contemporaine, conservatrice et adhésive. *Inf Dent.* 2014;(31):2-13.
  72. Perceval A. Le Point sur la reconstruction après usure, érosion, ou attrition : des nouveaux concepts cliniques à la recherche d'un matériau idéal [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.dental-tribune.com/htdocs/uploads/printarchive/editions/7a23c0f26e1e5f7f61ff42d0d0623913\\_21-22.pdf](http://www.dental-tribune.com/htdocs/uploads/printarchive/editions/7a23c0f26e1e5f7f61ff42d0d0623913_21-22.pdf)
  73. Vailati F, Belser UC. Classification and treatment of the anterior maxillary dentition affected by dental erosion: the ACE classification. *Int J Periodontics Restorative Dent.* déc 2010;30(6):559-71.
  74. Nouvelles perspectives dans le traitement de l'usure : les « Table Tops ». *Réal Clin.* 2013;24(4):321-30.
  75. Koubi S, Gurel G, Massihi R, Margossian P, Tassery H. Traitement de l'usure Rôle

- fondamental du projet esthétique et fonctionnel. *Inf Dent.* 2014;(31):2-13.
76. Tirlet G. Les full mock-up : un véritable guide esthétique et fonctionnel dans les cas d'usure sévère par érosion. *BioMatériaux Clin.* 2016;1(1):48-56.
77. ID\_article\_Ditramax.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur:  
[https://www.idweblogs.com/dentisterie-esthetique/wp-content/uploads/sites/19/2014/02/ID\\_article\\_Ditramax.pdf](https://www.idweblogs.com/dentisterie-esthetique/wp-content/uploads/sites/19/2014/02/ID_article_Ditramax.pdf)
78. Gaillard C, Noharet R, Clément M. Réhabilitation globale : une triade Esthétique, Fonction et Biologie ! *Inf Dent.* 2015;(35):16-21.
79. Noharet R, Clément M, Gaillard C, Coachman C. Analyse diagnostique d'un traitement esthétique : Digital Smile Design®. *Inf Dent.* 2015;(22):18-22.
80. Crescenzo H, Crescenzo D. Le projet esthétique virtuel : un nouvel outil pour les traitements esthétiques. *Strat Prothétique.* 2015;15(3):143-52.
81. Qanungo A, Aras MA, Chitre V, Mysore A, Amin B, Daswani SR. Immediate dentin sealing for indirect bonded restorations. *J Prosthodont Res.* oct 2016;60(4):240-9.

## Index des tableaux

Tableau 1 : critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le CIM-10 (5).....	18
Tableau 2 : critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon la société américaine de psychiatrie (5).....	19
Tableau 3 : troubles généraux induits par la dénutrition .....	20
Tableau 4 : conséquences des vomissements sur le corps .....	24
Tableau 5: différents médicaments induisant une hyposialie .....	34
Tableau 6 : Carences favorisant certaines lésions .....	35
Tableau 7 : signes cliniques des lésions érosives (55).....	39
Tableau 8: prise en charge selon le BEWE (57) .....	41
Tableau 9 : les pH des différentes boissons (54) .....	45
Tableau 10 : les pH en fonction des aliments (54) .....	45
Tableau 11 : exemple de produits désensibilisants (61) .....	46
Tableau 12 : choix maximisant l'esthétique tout en assurant la sécurité (69).....	51

## Index des figures

Figure 1 : photographie d'une main avec le signe de Russel (28) .....	24
Figure 2 : risque hémorragique en fonction du nombre de plaquettes (37).....	30
Figure 3: photographie d'une sialomégalie bilatérale (39) .....	32
Figure 4 : photographie d'un patient présentant une perlèche (40) .....	33
Figure 5 : photographie de lésions érosives en cupules sur une molaire (54).....	38
Figure 6 : photographie de lésions érosives sur les faces palatines des incisives maxillaires (53) .....	38
Figure 7 : photographie de lésions érosives arcade maxillaire (56) .....	40
Figure 8 : photographies de lésions érosives arcade mandibulaire (56).....	40
Figure 9: gradient thérapeutique de Tirllet et Attal, restaurations classées de la moins mutilante à la plus mutilante (64) .....	48
Figure 10 : photographie du sourire de la patiente en occlusion (Dr Leroux) .....	55
Figure 11 : photographie du sourire de la patiente (Dr Leroux).....	56
Figure 12 : photographie de l'arcade maxillaire (Dr Leroux) .....	56
Figure 13 : photographie de l'arcade mandibulaire (Dr leroux).....	57
Figure 14 : 3 portraits de face avec positionnement des axes (ligne bi-pupillaire, axe médian, bi-commissurale, plan incisif) pour la réalisation du projet virtuel (80).....	58
Figure 15 : visualisation projet esthétique par le Virtual Esthetic project (80) .....	58
Figure 16 : photographie d'un isomoulage en silicone avec échancrures (65) .....	59
Figure 17 : photographie des « etch spot » (65) .....	59
Figure 18 : photographie post traitement (Dr Leroux) .....	61

**Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2017– N°:**

La prise en charge du patient anorexique au cabinet dentaire /DECAUX Maud.- f. (70) : ill. (18) ; réf. (81).

**Domaines** : Pathologie générale, Pathologie bucco-dentaire

**Mots clés Rameau**: Anorexie mentale, Boulimie, Trouble du comportement alimentaire, Anorexie-complications, Anorexie-soins dentaires, Erosions dentaires, Parodontopathies

**Mots clés FMeSH**: Anorexie mentale, Boulimie, Trouble de l'alimentation, Erosion dentaire, Maladies parodontales

**Résumé de la thèse :**

L'anorexie mentale est une pathologie psychiatrique qui est de plus en plus fréquente dans la population. Il existe deux types d'anorexie : le type restrictif et le type boulimique. Dans les deux cas les complications sont multiples et concernent de nombreuses zones du corps notamment la cavité buccale. Le chirurgien dentiste a un rôle important à jouer aussi bien dans le diagnostic que dans la prévention et le traitement de lésions buccales. En effet on retrouve principalement : une susceptibilité augmentée à la carie, des érosions et des atteintes parodontales. Les traitements restaurateurs mis en place se basent sur la préservation tissulaire.

**JURY :**

**Président : Monsieur le Professeur Guillaume Penel**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Thibault Bécavin**

**Monsieur le Docteur Jérôme Roose**

**Madame le Docteur Cécile Olejnik**