

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2022

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Juin 2022

Par Agathe DESMIS

Né(e) le 18 février 1997 à Villers-Semeuse – FRANCE

**Lésions des muqueuses dues à la sécheresse  
buccale chez les patients sous antidépresseurs  
tricycliques**

**JURY**

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Asseseurs : Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Florence SEGUY

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

## PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE.

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
<b>C. DELFOSSE</b>	Responsable du Département d' <b>Odontologie Pédiatrique</b> <b>Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S</b>
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable du Département de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable du Département d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable du Département de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.</b>
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
<b>P. HILDELBERT</b>	Responsable du Département de <b>Dentisterie Restauratrice Endodontie</b>
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
<b>L. NAWROCKI</b>	Responsable du Département de <b>Chirurgie Orale</b> Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
<b>C. OLEJNIK</b>	Responsable du Département de <b>Biologie Orale</b>
W. PACQUET	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable du Département des <b>Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
<b>J. VANDOMME</b>	Responsable du Département de <b>Prothèses</b>

### ***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

# Remerciements

*Aux membres du jury,*

## **Madame la Professeure Caroline DELFOSSE**

**Professeure des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Développement, Croissance et Prévention Département Odontologie  
Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires » Diplôme  
d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires »

Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient Responsable du  
Département d'Odontologie Pédiatrique

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie.  
A travers vos enseignements vous m'avez accompagné durant  
mon cursus. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mon  
profond respect et de ma plus grande reconnaissance.*

**Madame le Docteur Cécile OLEJNIK**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale*

*Département Biologie Orale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2 Responsable du Département de Biologie Orale

Assesseur PACES

*Je vous remercie d'avoir accepté la direction de ma thèse. Votre gentillesse, votre patience et vos conseils m'ont été d'une grande aide dans sa rédaction. Je vous prie de trouver dans ce travail le témoignage de mes sincères remerciements ainsi que mon profond respect.*

**Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Réhabilitation Orale*

*Département Sciences Anatomiques*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Master Recherche Biologie Santé - Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Assesseur PACES

*Vous avez accepté d'intégrer ce jury de thèse et j'en suis honorée.  
Je vous suis reconnaissante pour vos enseignements tout au long  
de mon cursus hospitalo-universitaire. Veuillez trouver  
l'expression de mes sincères remerciements.*

**Madame le Docteur Florence SEGUY**

**Attachée Universitaire**

*Section Développement, Croissance et Prévention*

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie  
Légale*

Docteur en chirurgie Dentaire

Responsable de l'Unité Fonctionnelle Handicap du service d'Odontologie du  
CHRU de Lille

Praticien Hospitalier au CH de Roubaix

Ancien assistant Hospitalo-Universitaire au CHU de Lille (Sciences Biologiques)

Ancien interne au CHU de Lille

*Vous avez accepté avec enthousiasme de siéger au sein de mon jury et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante pour votre pédagogie et tout ce que vous m'avez appris lors des vacances handicaps. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.*

**A mes proches,**

## Table des matières

<b>1. GENERALITES .....</b>	<b>16</b>
1.1 LA DEPRESSION EN FRANCE .....	16
1.1.1 Définition.....	16
1.1.2 Épidémiologie.....	16
1.1.3 Physiopathologie .....	17
1.1.3.1 La théorie monoaminergique.....	17
1.1.3.2 La théorie des récepteurs .....	18
1.1.3.3 La théorie de la neuroplasticité.....	18
1.2 CONSEQUENCES DE LA DEPRESSION SUR LA CAVITE BUCCALE .....	18
1.2.1 Hygiène bucco-dentaire .....	19
1.2.2 Le régime alimentaire.....	19
1.2.3 Les substances nocives.....	19
1.2.4 Les habitudes parafunctionnelles.....	19
1.3 LES ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES .....	20
1.3.1 Les propriétés pharmacologiques .....	20
1.3.2 Les effets anticholinergiques.....	20
1.3.3 Conséquences des effets anticholinergiques sur la sécrétion salivaire .....	21
1.3.4 Indications de prescription.....	21
<b>2. FAIRE LE BON DIAGNOSTIC DE LA SECHERESSE BUCCALE DUE A LA PRISE D'ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES .....</b>	<b>22</b>
2.1 ÉVALUATION DE LA XEROSTOMIE ET HYPOSALIE.....	22
2.2 IMPORTANCE DE L'ANAMNESE POUR LE BON DIAGNOSTIC .....	23
2.2.1 Circonstances d'apparition de la xérostomie.....	23
2.2.1.1 Apparition Brutale et réversible : xérostomie médicamenteuse.....	23
2.2.1.2 Apparition progressive et irréversible .....	23
2.2.2 Antécédents médicaux et histoire du patient .....	24
2.2.2.1 Prescriptions.....	24
2.2.2.2 Importance de l'interrogatoire.....	24
2.2.3 Fiche résumé de l'interrogatoire .....	25
2.3 EXAMEN CLINIQUE : .....	25
2.3.1 Sur l'odonte .....	25
2.3.1.1 Caries radiculaires.....	25
2.3.1.2 Les lésions érosives.....	26
2.3.1.3 Hypersensibilités dentinaires .....	27
2.3.2 La muqueuse buccale.....	28
2.3.2.1 Les candidoses érythémateuses.....	28
2.3.2.2 Chéilites/ perlèches .....	29
2.3.2.3 Muguet.....	29
2.3.2.4 La glossite losangique médiane.....	30
2.3.2.5 Stomatite prothétique .....	30
2.3.3 Le parodonte .....	31
2.3.4 La langue.....	32
2.3.4.1 Langue dépapillée d'aspect fissuraire .....	32
2.3.4.2 Langue villeuse noire .....	32
2.3.5 Fiche résumée de l'examen clinique .....	34
2.4 LES TESTS .....	34

2.5 CAS PARTICULIER : LA PERSONNE AGEE UN DIAGNOSTIC DIFFICILE A POSER.....	34
2.5.1 <i>Un patient polypathologique et polymédiqué</i> .....	34
2.5.2 <i>Le vieillissement physiologique</i> .....	35
2.6 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL .....	35
2.6.1 <i>le Burning mouth syndrom</i> .....	35
<b>3. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUS ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES.....</b>	<b>36</b>
3.1 ROLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE .....	36
3.1.1 <i>La prise en charge multidisciplinaire</i> .....	37
3.1.2 <i>Un suivi régulier</i> .....	37
3.1.3 <i>Problème de l’observance des rendez-vous</i> .....	37
3.2 PREVENTION .....	38
3.2.1 <i>Contact avec le médecin prescripteur et réévaluation des posologies</i> .....	38
3.2.2 <i>Hygiène bucco-dentaire</i> .....	38
3.2.2.1 <i>Éducation dentaire</i> .....	38
3.2.2.2 <i>Méthode de brossage et conseils</i> .....	38
3.2.3 <i>Conseils diététiques</i> .....	39
3.2.4 <i>Prévention des infections fongiques</i> .....	39
3.3 PRISE EN CHARGE .....	40
3.3.1 <i>Prise en charge multidisciplinaire : substituer</i> .....	40
3.3.2 <i>Prise en charge de l’hyposialie</i> .....	40
3.3.2.1 <i>Substituts salivaires et stimulants salivaires</i> .....	40
3.3.2.2 <i>Gommes à mâcher, bonbons acidulés</i> .....	41
3.3.3 <i>Prise en charge des infections fongiques</i> .....	41
3.3.3.1 <i>Antifongiques locaux</i> .....	41
3.3.3.2 <i>Antifongiques systémiques</i> .....	41
3.3.4 <i>Prise en charge des érosions</i> .....	42
3.3.4.1 <i>Topiques à action localisée contre les hypersensibilités</i> .....	42
3.3.4.2 <i>Traitements restaurateurs</i> .....	43
3.3.5 <i>Prise en charge des lésions carieuses</i> .....	43
3.3.5.1 <i>Bains de bouche</i> .....	43
3.3.5.2 <i>CPP-ACP</i> .....	43
3.3.5.3 <i>CVI</i> .....	44
3.3.5.4 <i>Composite</i> .....	44
3.3.6 <i>Organisation des soins</i> .....	45
3.3 IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES .....	45
<b>4 SYNTHÈSE DE LA PRISE EN CHARGE AU CABINET DENTAIRE.....</b>	<b>47</b>
4.1 CONNAISSANCE DE LA PRISE D’ANTIDEPRESSEURS PAR LE PRATICIEN.....	47
4.2 ABSENCE DE CONNAISSANCE DE LA PRISE D’ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES CHEZ LE PATIENT ...	48
4.3 FICHES RECAPITULATIVES DE LA PRISE EN CHARGE .....	49
<b>5 CONCLUSION :</b> .....	<b>50</b>
<b>6 TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>51</b>
<b>7 TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>52</b>
<b>8 BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>53</b>

### **Table des abréviations**

**SDI** : scellement dentinaire immédiat

**CPP-ACP** : phosphopeptide de caseine-phosphate de calcium

**NaF** : Fluorure de sodium

**HEMA** : Hydroxyethyl Metacrylate

## INTRODUCTION

Depuis 2 années nous vivons des jours compliqués avec la pandémie de COVID 19. La population mondiale s'est retrouvée confrontée à de multiples confinements, repliée sur elle-même, avec une limitation des interactions sociales. Alors que la dépression est une maladie qui existe depuis des décennies, elle continue de s'intensifier jour après jour touchant de plus en plus de personnes de tous les horizons (catégories sociales, sexes, cultures et âges).

Si nous considérons les dernières données relevées en 2020 (sondage Ipsos pour France télévisions et le 6<sup>ème</sup> rapport sur la consommation des médicaments de ville durant l'épidémie de COVID19 période de Mars 2020 à Avril 2021) (1), nous pouvons souligner que parmi la population des 18-25 ans, 75% se sont sentis « tristes, déprimés ou désespérés ». Une proportion similaire ont également eu un sentiment de nervosité, d'anxiété et d'isolement intense depuis le début de la crise sanitaire (1). Ainsi, il a été rapporté une augmentation de 8% de délivrance d'antidépresseurs durant cette période de crise sanitaire (2).

Les antidépresseurs sont connus pour avoir des effets secondaires, notamment sur la sécrétion salivaire (2). Cela peut provoquer des douleurs orales, des sensations de brûlure, des apparitions de lésions blanches. Tout ceci est une cause de stress et d'anxiété additionnelle qui continuera de causer un mal-être chez ces patients. En tant que chirurgien-dentiste nous devons nous sentir concerné par cette maladie et réussir à prendre en charge ces patients. Il faut garder en tête qu'un patient sous antidépresseur ne nous le signalera pas forcément, c'est pourquoi il faudra insister sur l'interrogatoire médical chez les patients se plaignant d'une sensation de bouche sèche ou ayant des lésions des muqueuses.

Cette thèse a pour but de guider les chirurgiens-dentistes dans la prise en charge des patients sous antidépresseurs. Dans un premier temps nous définirons rapidement les différents fonctionnements des antidépresseurs et leur impact physiopathologique sur les glandes salivaires. Puis nous rechercherons les signes cliniques annonciateurs

d'un trouble salivaire chez les patients sous antidépresseurs tricycliques et enfin nous évoquerons l'attitude du chirurgien-dentiste à adopter face à ces lésions. Des fiches récapitulatives seront enfin proposées pour une synthèse des éléments importants en vue d'une utilisation pratique à l'usage du chirurgien-dentiste.

# 1. Généralités

## 1.1 La dépression en France

### 1.1.1 Définition

Le trouble dépressif est un trouble psychiatrique. Nous retrouvons divers aspects significatifs de cette maladie telle qu'une tristesse pathologique, un sentiment douloureux présent continuellement, une diminution de l'estime de soi accompagnée d'un sentiment de culpabilité et d'une dévalorisation permanente.

Une personne est considérée comme dépressive si elle remplit l'un de ces 3 points (3) :

- L'individu est très pessimiste, négatif et prend tout au sérieux ;
- Les sentiments de frustration, de colère sont refoulés et redirigés vers soi avec beaucoup de culpabilité ;
- Ces sentiments reviennent trop régulièrement dans le quotidien de l'individu.

C'est un mélange de troubles psychologiques et physiologiques (insomnie, anorexie, boulimie, diminution de la libido, asthénie, fatigue permanente), qui conduisent l'individu à ne plus pouvoir assumer ses responsabilités professionnelles, familiales ou sociales (4). Cet état peut provoquer à terme des tentatives de suicide (30 à 60% font suite à un épisode dépressif) (5).

### 1.1.2 Épidémiologie

D'après l'OMS, on retrouve 300 millions de personnes dans le monde souffrant de dépression. Près d'une personne sur 5 a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie, soit plus de 100 millions de nouveaux cas de dépression par an (6).

Elle touche tous les âges, depuis l'enfance jusque très tard dans la vie, avec une augmentation chez les femmes qui présentent une dépression deux fois plus souvent que les hommes (11% contre 5%).

Cette maladie peut avoir des issues dramatiques avec un risque de suicide multiplié par 10 par rapport à la population générale, soit un total en France de 9000 morts par an. C'est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez les 15-35 ans.

En d'autres termes c'est :

- 1 mort toutes les heures

- 1 tentative toutes les 3 minutes.

Enfin, l'OMS conclut que le bénéfice résultant de la prise en charge de la dépression sous forme de l'amélioration de la santé et de la capacité de travail est 4 fois supérieur à la dépense investie (7).

### 1.1.3 Physiopathologie

On retrouve 3 neurotransmetteurs qui seraient à l'origine de cette maladie.

- **Ces 3 neurotransmetteurs à l'origine de cette maladie sont** des composés chimiques libérés par les neurones :
  - La sérotonine
  - La noradrénaline
  - La dopamine

Ils sont responsables des émotions, du stress, du sommeil, de l'appétit et de la sexualité. Lors de la dépression, les voies de signalisation de ces neurotransmetteurs sont perturbées ce qui entraîne la dépression. Cette perturbation peut se retrouver de différentes façons, soit au niveau d'une diminution de concentration des neurotransmetteurs, d'une modification de la sensibilité des récepteurs ou bien à cause de la neuroplasticité.

#### *1.1.3.1 La théorie monoaminergique*

Au niveau synaptique il est nécessaire d'avoir une concentration minimum de ces neurotransmetteurs pour le bon fonctionnement neuronal. Ainsi, quand ces neurotransmetteurs sont insuffisants au niveau de la fente synaptique (à cause d'un dysfonctionnement dans divers circuits cérébraux), leurs voies de signalisations se trouvent inhibées. Le rôle des antidépresseurs est donc de rétablir des concentrations normales en neurotransmetteurs afin de ramener l'humeur des patients à un niveau stable (8).

Cette théorie n'explique cependant pas la latence de plusieurs semaines avant d'obtenir un réel effet clinique, ni le mode d'action d'un point de vue neuronal, qui vont permettre de restaurer durablement l'humeur des patients.

### 1.1.3.2 La théorie des récepteurs

L'hypothèse de la **sensibilité des récepteurs** vient compléter l'hypothèse monoaminergique. Elle prend en compte notamment le rôle des récepteurs présynaptiques aux monoamines. Cette théorie souligne qu'un déficit en neurotransmetteurs entraîne une hypersensibilisation compensatrice des récepteurs post-synaptiques. On obtient donc une réduction des concentrations en monoamines au niveau de la fente synaptique. Ainsi, en augmentant de façon continue les concentrations dans la fente synaptique des monoamines, on obtiendrait une régulation de ces récepteurs présynaptiques aboutissant à une normalisation de monoamines avant l'arrêt du traitement (9).

### 1.1.3.3 La théorie de la neuroplasticité

Un trouble du rythme circadien ou bien des anomalies dans les diverses régions du cerveau lors d'une dépression peuvent entraîner des changements morphologiques et fonctionnels au niveau cérébral. C'est ce que l'on appelle la neuroplasticité. Ces changements vont se retrouver au niveau du **cortex préfrontal**, de l'**hippocampe** et de l'**amygdale**, qui vont modifier ou moduler leur fonction. Ces modifications seraient en relation avec les facteurs de l'environnement dans lequel l'individu réside et de l'environnement dans lequel se trouve le système nerveux (taux de glucocorticoïdes). On va retrouver chez les sujets déprimés : (9,10) :

- Une diminution du cortex préfrontal ;
- Une augmentation de l'amygdale à droite, bilatérale, ou une perte d'asymétrie physiologique<sup>1</sup> ;
- Une diminution du volume de l'hippocampe : rôle dans le contrôle de l'humeur et la mémorisation.

## 1.2 Conséquences de la dépression sur la cavité buccale

La relation entre la dépression et la santé bucco-dentaire divergent, avec certains auteurs qui considèrent que l'âge influe plus que la dépression sur la cavité

---

<sup>1</sup> Pour rappel le rôle de l'amygdale intervient dans les émotions, d'anxiété et réactions de peur

buccodentaire (11) et d'autres qui retrouvent un lien de causalité direct (12). Cependant, au travers de la littérature une association entre la cavité orale et la dépression est fréquemment retrouvée qu'elle soit liée à la pathologie ou à ces traitements. Il faut ainsi réussir à connaître les aspects et les répercussions de cette dépression notamment sur la cavité buccale afin de pouvoir les prendre en charge et distinguer ceux causés par les antidépresseurs de ceux causés par la dépression en elle-même.

#### 1.2.1 Hygiène bucco-dentaire

L'association entre la mauvaise hygiène bucco-dentaire et la dépression a été prouvée et serait attribuée à une perte d'intérêt pour la santé, une perte d'estime de soi, des rendez-vous chez le dentiste de plus en plus éloigné et un brossage des dents presque inexistant (13).

#### 1.2.2 Le régime alimentaire

Une absence de motivation, une énergie réduite, un rythme de vie déséquilibré, une augmentation des grignotages au cours de la journée et un besoin de consommer des aliments sucrés sont des symptômes de la dépression. Une absence de brossage dans un train de vie désorganisé va conduire à la détérioration de la cavité buccale (4).

#### 1.2.3 Les substances nocives

Des comportements à risques sont retrouvés chez les personnes dépressives notamment composés de substances néfastes telles que l'alcool, le tabac, la drogue en association avec une consommation de café ou de thé sucré, de sucre et de boissons acides importantes (4).

#### 1.2.4 Les habitudes parafunctionnelles

Le bruxisme lors des moments de nervosité sont souvent retrouvés chez les patients atteints de dépression. Cela conduira au fil du temps à des pertes de substances pouvant aller jusqu'à une perte de dimension verticale (14).

## LA DEPRESSION :

Hygiène bucco-dentaire altérée,  
Régime alimentaire cariogène  
Substances nocives (tabac, alcool)  
Parafonctions



Caries radiculaires, maladies parodontales, perte de dimension verticale,  
pertes dentaires, problème masticatoire

### 1.3 Les antidépresseurs tricycliques

#### 1.3.1 Les propriétés pharmacologiques

Les propriétés de cette classe d'antidépresseurs permettent de bloquer la recapture des neurotransmetteurs et spécifiquement de la sérotonine et de la noradrénaline au niveau pré synaptique. Cela conduit à l'augmentation des concentrations de ces neurotransmetteurs au niveau de la fente synaptique et permet l'effet antidépresseur. De plus les neurotransmetteurs vont se retrouver en compétition au niveau des récepteurs post-synaptiques alpha-cholinergiques, muscariniques et histaminiques ce qui va créer les effets secondaires souvent retrouvés connus sous le nom « des effets anticholinergiques (15).

#### 1.3.2 Les effets anticholinergiques

L'effet antagoniste des antidépresseurs tricycliques sur les récepteurs alpha cholinergiques va créer des réactions secondaires connues comme les effets anticholinergiques.

En fonction du type de neurorécepteurs, le blocage des récepteurs causera (15) :

- Récepteurs **cholinergiques** : constipation, xérostomie, vision floue, confusion, la rétention urinaire et la tachycardie ;
- Récepteurs **alpha-1-adrenergic** : hypotension orthostatique et des vertiges ;

- Récepteurs **histaminiques** : augmentation de l'appétit, une prise de poids, confusion et de la sédation.

### 1.3.3 Conséquences des effets anticholinergiques sur la sécrétion salivaire

La formation de la salive est régie par deux glandes dites exocrines : les glandes salivaires dites majeures<sup>2</sup> et les glandes salivaires accessoires<sup>3</sup> (16).

Le contrôle de la sécrétion salivaire se fait via le système nerveux sympathique et parasympathique.

→ Au niveau du système parasympathique : c'est l'**acétylcholine** qui se fixe sur des récepteurs muscariniques, et qui stimule la sécrétion salivaire en augmentant la sécrétion d'eau, d'électrolytes et de protéines (16).

→ Au niveau du système sympathique : c'est la **noradrénaline** qui se fixe sur les récepteurs adrénergiques et béta adrénergiques (17).

On retrouve de ce fait des effets indésirables tel que la **sécheresse buccale** par le blocage des récepteurs cholinergiques au niveau du système parasympathique.

Les antidépresseurs tricycliques sont responsables à 50% des hyposialies médicamenteuses mais restent encore fortement présents dans les prescriptions médicales (18) (19).

### 1.3.4 Indications de prescription

La prescription d'antidépresseurs tricycliques reste encore assez courante de nos jours même si de nouveaux antidépresseurs plus ciblés comme les inhibiteurs sélectifs de recapture à la sérotonine tendent à prendre leurs places. En effet en raison de l'importance de leurs effets secondaires, ils restent réservés pour le **traitement de la dépression sévère**.

Les indications de ces antidépresseurs tricycliques concernent (20) :

- Les troubles obsessionnels compulsifs ;
- En prévention des attaques de panique ;

---

<sup>2</sup> Parotide, submandibulaire, sublinguale.

<sup>3</sup> Les glandes salivaires accessoires se retrouvent sur toute la surface de la muqueuse buccale sauf au niveau des gencives et du vermillon des lèvres.

- Les céphalées de tension où ils sont aussi prescrits à faible dose en particulier par les centres antidouleurs.

Différentes molécules existent et bien que présentant un mécanisme principal identique, les diverses molécules montrent des différences d'activités pharmacodynamiques conduisant à des propriétés thérapeutiques légèrement distinctes en particulier sur la sédation.

- Un effet sédatif prononcé avec la miansérine, amitriptyline et doxépine ;
- Un effet sédatif modéré avec la maprotiline, clomipramine et l'imipramine ;
- Un effet plutôt activateur avec la désipramine et la nortriptyline.

Les effets sédatifs diminuent l'agressivité et sont utiles pour les dépressions anxieuses, alors que l'effet activateur va augmenter la vigilance et sera utile dans le cas de l'asthénie (21).

## 2. Faire le bon diagnostic de la sécheresse buccale due à la prise d'antidépresseurs tricycliques

### 2.1 Évaluation de la xérostomie et hyposialie

La xérostomie est un état de sécheresse de la cavité buccale et des lèvres ressenti de façon **subjective par le patient**.

L'hyposialie est une évaluation **objective de la diminution du flux salivaire**.

Xérostomie et hyposialie peuvent être concomitantes mais ce n'est pas toujours le cas. On peut diagnostiquer une hyposialie (une réelle diminution du flux salivaire) par des tests après les plaintes d'une xérostomie de la part du patient (22).

La xérostomie peut se distinguer par des difficultés à parler, mastiquer ou déglutir, une altération du goût ou un besoin permanent de s'humidifier la bouche que ce soit par la prise de petites quantités d'eau ou la stimulation de la sécrétion en suçant des bonbons.

Il y a plusieurs signes qui font penser à une xérostomie tel que :

- **Des douleurs endobuccales** : brûlure, dysgueusies, mauvaise haleine des troubles du goût ou une intolérance au port des prothèses dentaires ;
- **Des muqueuses buccales** rouges, sèches, vernissées (23).

- *Il suffit de poser 4 questions pour permettre le dépistage :*
- Avez-vous la bouche sèche lorsque vous mangez ou que vous parlez ?
  - Prenez-vous des gorgées de liquide pour avaler des aliments secs ?
  - Avez-vous des difficultés à avaler certains mets ?
  - Avez-vous la sensation d'avoir la bouche sèche quotidiennement depuis plus de 3 mois ?

Dans le cas de la prise d'antidépresseurs, les patients auront une xérostomie (sensation de bouche sèche) et une hyposialie (diminution du flux salivaire).

La sécheresse buccale est gênante, voire invalidante et comportera un motif de consultation lors de la venue chez le chirurgien-dentiste (23).

## 2.2 Importance de l'anamnèse pour le bon diagnostic

### 2.2.1 Circonstances d'apparition de la xérostomie

#### 2.2.1.1 *Apparition Brutale et réversible : xérostomie médicamenteuse*

La plupart des réactions d'origine médicamenteuse se produisent **1 à 2 semaines après le début d'un traitement**, les réactions observées après 2 semaines sont moins susceptibles d'être dues à la médication et nécessitent un diagnostic différentiel avec d'autres pathologies générales. Certaines réactions dépendent du dosage ou de la toxicité cumulative. La majorité des réactions buccales d'origine médicamenteuse sont moyennement sévères. Toutefois, une réaction grave nécessite l'arrêt rapide des médicaments en cause.

La plupart des cas, la réaction buccale disparaîtra avec un traitement symptomatique. La reprise du médicament en cause aide à établir l'étiologie de la réaction. Comme les réactions suivant la réintroduction du médicaments peuvent être plus graves, une supervision médicale par le médecin traitant et le chirurgien-dentiste s'impose (25).

#### 2.2.1.2 *Apparition progressive et irréversible*

**Une installation progressive évoque plutôt une maladie systémique.** Ainsi, connaître plus précisément le mode d'apparition de la xérostomie permettra d'appréhender d'autres diagnostics différentiels évocateur d'une maladie systémique. Un interrogatoire approfondi sur d'autres localisations de sécheresse (oculaire, génitale)

par exemple sont caractéristiques d'un syndrome sec retrouvé dans certaines maladies systémiques notamment le syndrome de Gougerot-Sjögren (26).

## 2.2.2 Antécédents médicaux et histoire du patient

### 2.2.2.1 Prescriptions

Lors de l'anamnèse, il nous faut demander au patient, ses antécédents médicaux et la prise de ses médicaments. En effet un état pathologique ou la prise de médicaments peut avoir pour effet un trouble de la sécrétion salivaire.

Dès que le patient nous informe d'un symptôme dépressif et d'un traitement par antidépresseurs tricycliques tels que : l'amitriptyline, la clomipramine, la désipramine, l'imipramine ou encore la nortriptyline, nous devons redoubler de vigilance et garder en tête l'impact que leurs effets secondaires peuvent avoir sur la cavité buccale.

### 2.2.2.2 Importance de l'interrogatoire

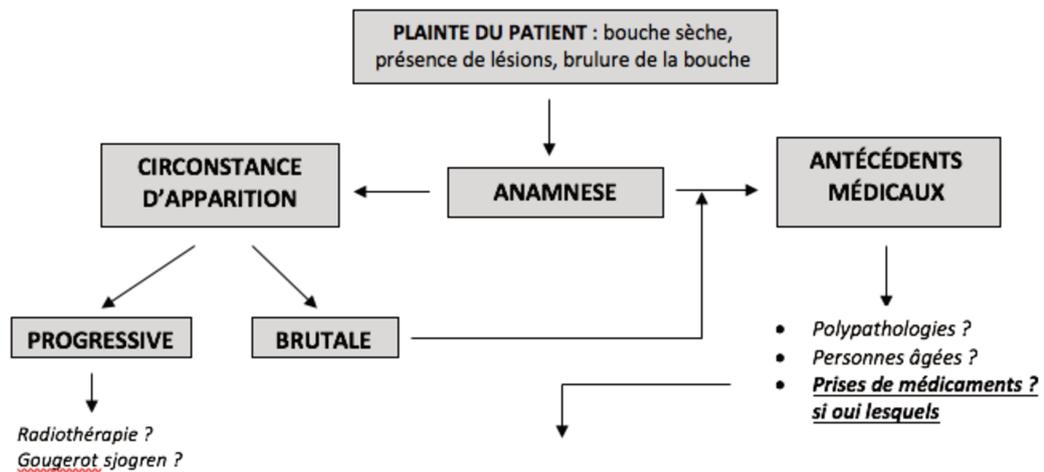
Il est primordial d'insister sur un bon interrogatoire et de réaliser un questionnaire médical complet à actualiser tous les ans.

Les éléments qui doivent interpellier le chirurgien-dentiste pour la suite de son examen sont :

- **Les antécédents médicaux** : maladies systémiques (diabète non équilibré), maladies auto-immunes et inflammatoires (syndrome de Gougerot-Sjögren, polyarthrite rhumatoïde, sarcoïdose), irradiation cervico-faciale, tabac, prise de substances psychoactives.
- **Les médicaments et posologies prisent par le patient.**

Certains ne considèrent pas importants ou ne souhaite pas avertir le chirurgien-dentiste de la prise de certaines molécules telles que les antidépresseurs. L'image de la dépression est toujours très négative en France, ainsi les patients cachent souvent leur maladie. C'est pour cela que nous avons un rôle explicatif et informatif auprès des patients sur le fait que certains médicaments peuvent avoir des effets secondaires au niveau bucco-dentaire et de l'importance de nous en avertir en que personnel médical.

### 2.2.3 Fiche résumé de l'interrogatoire



### 2.3 Examen clinique :

On retrouvera dans un premier temps une salive stagnante, plus épaisse au fond des vestibules.



Figure 1 : Accumulation d'une salive « bulleuse » (21)

#### 2.3.1 Sur l'odonte

##### 2.3.1.1 Caries radiculaires

Il est avéré que les patients souffrant d'hyposialie ont significativement plus de lésions carieuses que ceux sans : 70% des patients avec une bouche sèche ont au moins une lésion carieuse contre 56% de personnes sans sensation de bouche sèche. De même que pour les caries radiculaires où 54% des patients avec une xérostomie ont au moins une carie radiculaire contre 38% sans xérostomie (27).

Ainsi les troubles salivaires engendrés par les antidépresseurs tricycliques sont directement associés à l'augmentation de l'incidence des caries dentaires :

- La **diminution du débit salivaire** : on obtient une réduction de la protection contre les acides ;
- La **consommation d'aliments sucrés** sans protection salivaire et de pouvoir tampon va augmenter la déminéralisation et l'augmentation de lésions carieuses (28) ;
- La salive ne jouant pas son rôle de nettoyage on observe une **accumulation importante de plaque dentaire**.

Pour conclure, chez les patients avec un syndrome de bouche sèche on remarque de nombreuses caries dont le siège préférentiel est la jonction amélo-cémentaire au niveau du collet. **Les caries radiculaires sont significatives** d'une atteinte de la sécrétion salivaire, mais elles ne sont pas spécifiques d'une xérostomie causées par les antidépresseurs tricycliques (29).

#### *2.3.1.2 Les lésions érosives*

La salive possède un effet protecteur au niveau des dents :

- Par la **diminution des acides** ;
- **Par la formation d'une couche protectrice** sur les surfaces dentaires qui possède un pouvoir tampon (composé de bicarbonates) neutralisant les acides.

Ainsi lors de l'acidification de la cavité buccale d'origine endogène (vomissements) ou exogène (boissons acides, sodas, jus), la salive va perdre son avantage neutralisant. Lors d'un grignotage fréquent associé à des troubles salivaires, le pH ne peut également être régulé et un pH acide est ainsi observé persistant durant un temps assez long sans jamais revenir à la normale. Lorsque le pH tombe en dessous de la valeur de 5 (pH critique), il persiste à ce niveau pendant 20 minutes et nécessite 40 minutes pour revenir à sa valeur initiale (30).

En résumé, un temps de contact prolongé des acides avec les tissus dentaires sans protection mènera à l'apparition de lésions érosives (31)(32).



Figure 2 : Lésion érosive au niveau cervical (33)

### 2.3.1.3 Hypersensibilités dentinaires

C'est une cause directe de l'érosion qui est favorisée par les troubles salivaires. L'hypersensibilité dentinaire se caractérise comme une douleur aigue et courte, provoquée par une stimulation thermique (chaud/froid, exposition à l'air), osmotique (sucre), mécanique (brosse à dent, ongle) ou même chimique. Elle n'a rien à voir avec la carie dentaire même si les douleurs peuvent se confondre car tout ceci est due à l'exposition de la dentine. L'atteinte sur la qualité de vie est variable, allant de la simple gêne à la peur d'ingérer certains aliments ou boissons (34).

Les lésions érosives et les hypersensibilités dentinaires sont fréquemment retrouvées chez les patients souffrant de xérostomie mais ne sont pas spécifiques d'une xérostomie médicamenteuse.

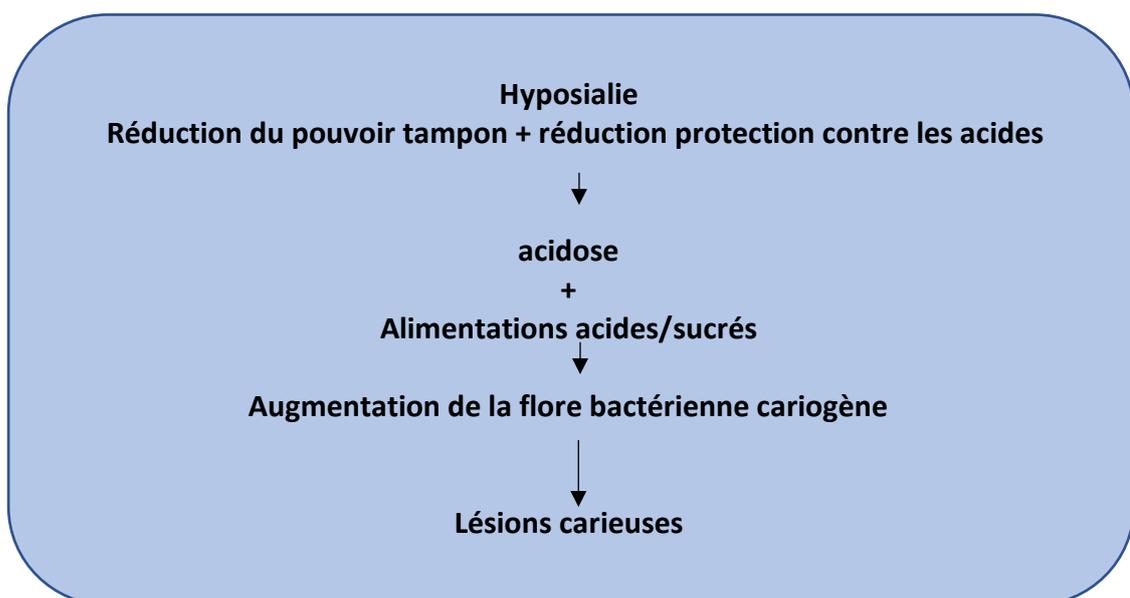




Figure 3 : Caries du collet (35)

**Lésions carieuses multiples** au niveau radiculaires, **érosions dentaires**, **hypersensibilités** sont des signes annonciateurs d'un trouble salivaire. Cependant ils ne sont pas forcément caractéristiques de la prise des antidépresseurs tricycliques.

### 2.3.2 La muqueuse buccale

#### 2.3.2.1 *Les candidoses érythémateuses*

La langue est envahie par des *Candida albicans* dans presque 83% des cas. C'est une pathologie très fréquente en cas d'hyposialie. De plus l'atrophie de l'épithélium<sup>4</sup> dans un environnement sec va rendre les tissus fragiles qui auront tendance à s'ulcérer et à devenir douloureux. Ceci ne favorise pas l'hygiène buccale du patient et tout cela risque de devenir un véritable cercle vicieux.

La candidose orale récidivante est la conséquence la plus fréquente des hyposialies médicamenteuses. Dans ces situations, la candidose peut être subaiguë et de ce fait ne pas présenter l'aspect caractéristique blanc mousseux. Les tissus vont plutôt apparaître érythémateux, surtout durant les périodes les plus aiguës de l'infection. L'adhésion du *Candida* à la muqueuse est due à la réduction du flux salivaire, du pH et de la diminution des immunoglobulines A sécrétoires (36). Les macules rouges sont fréquemment retrouvées au niveau de la face dorsale de la langue, au niveau du palais. On observe généralement un érythème et des zones pseudo-érosives en taches isolées ou confluentes (37).

**Les Candidoses érythémateuses sont souvent retrouvées chez les xérostomies médicamenteuses.**

<sup>4</sup> Souvent retrouvé chez les personnes âgées due au vieillissement de la muqueuse buccale

### 2.3.2.2 Chéilites/ perlèches

Ce sont des craquèlements ou des fissures aux commissures labiales, accompagnées d'un aspect érythémateux parfois ulcéré sous forme de fissures qui peuvent aller jusqu'au sillon labio-mentonnier et jusqu'à la face interne des joues. Habituellement bilatérale et récidivante, il peut malgré tout exister des localisations unilatérales. La chéilite peut se présenter seule ou conjointement avec d'autres formes de candidoses (38).

Les **chéilites** accompagnent fréquemment les xérostomies d'origine médicamenteuse.



Figure 4 : Chéilites (39)

### 2.3.2.3 Muguet

Aussi appelée **candidose pseudomembraneuse**, elle se caractérise par des plaques blanches d'apparence crémeuse et granuleuse. On les retrouve surtout au niveau de la langue sur l'intérieur des joues ou sur les gencives. Les plaques se détachent plus ou moins facilement après le grattage mais cela peut causer des érythèmes ou des légers saignements. Le Muguet est souvent asymptomatique mais il peut causer une sensation de brûlure (40). Cette forme répond généralement bien au traitement et peut guérir sans y avoir recours. Cependant il existe tout de même un risque de passage à la chronicité et d'extension (41).



Figure 5 : Muguet (41)

#### 2.3.2.4 La glossite losangique médiane

Sur la partie médiane postérieure de la face dorsale de la langue et en avant du V lingual. La lésion est décapillée et possède un aspect rouge. Il faut dans ce cas de figure rechercher la présence d'une autre lésion site « en miroir » au niveau du palais (37).



Figure 6 : Glossite losangique médiane (42)

#### 2.3.2.5 Stomatite prothétique

Souvent observée chez les personnes porteuses de prothèses dentaires. Principalement visible par la présence de **rougeurs et d'érythème sur le palais** et les gencives (dans les zones en contact avec les prothèses). Cela peut aussi être observée sur les muqueuses de la bouche (langue, joues et gencives) des personnes qui ne portent pas de prothèses.



Figure 7 : Stomatite prothétique

**Le muguet, la glossite losangique et la stomatite prothétique** sont souvent retrouvés chez les patients souffrant de xérostomie, mais pas spécifiquement induite par la prise d'antidépresseurs.

### 2.3.3 Le parodonte

Tous ces signes seront majorés par un défaut d'hygiène bucco-dentaire fréquemment retrouvé chez ces patients dépressifs.

Il existerait un risque de développer une parodontite chez les patients avec une diminution du flux salivaire associé à la baisse concomitante du taux d'immunoglobulines et d'autres médiateurs de l'immunité dans la salive (43).



Figure 8 : Aspect parodontal inflammatoire souvent associé à une hyposialie (21)

**Parodonte + trouble salivaire :**

- Frottement, irritation, inflammation
- Accumulation de plaque au niveau des collets
- Baisse du taux d'immunoglobulines et médiateurs de l'immunité



**Gingivite/parodontite + poches parodontales + perte des dents**

Il faut toutefois faire attention à ces signes qui ne sont en aucun cas pathognomoniques d'une xérostomie médicamenteuse. Le praticien devra faire très attention après avoir eu connaissance d'un problème salivaire et redoubler de vigilance.

2.3.4 La langue

2.3.4.1 *Langue dépapillée d'aspect fissuraire*

La langue est rouge, fissurée avec une atrophie partielle ou totale des papilles filiformes.



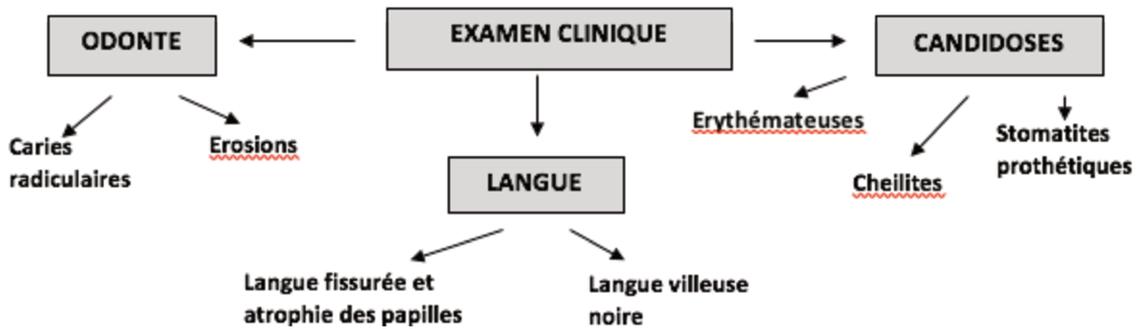
Figure 9 : Langue fissurée avec atrophie des papilles (44)

2.3.4.2 *Langue vilieuse noire*

L'absence du flux salivaire va augmenter la probabilité d'apparition d'une langue vilieuse noire. L'apparition d'un allongement des papilles filiformes du dos de la langue qui se colorent du brun au noir est causée par une infection bactérienne. C'est ce



### 2.3.5 Fiche résumée de l'examen clinique



### 2.4 Les tests

Après avoir analysé l'anamnèse, les antécédents médicaux des patients et réalisé un examen clinique relevant des signes spécifiques d'une xérostomie, le praticien peut confirmer son diagnostic d'un déficit salivaire en réalisant de simples tests tels que :

- **Le test du morceau de sucre** : un morceau de sucre n°4 placé sous la langue fond normalement en 3 minutes. Si le morceau de sucre fond entre 3min et 6min on remarque une hyposialie, si au-dessus de 5min on peut diagnostiquer une asialie (47).
- **Mise en place d'une compresse dans le plancher buccal antérieur**, celle-ci étant pesée avant le test et 5 minutes après. Le patient ayant le visage penché en avant et n'avalant pas sa salive. Après cette mesure dite au « repos », une épreuve de stimulation est réalisée par la mastication d'une deuxième compresse pendant une minute, puis on note l'élévation du poids (48).

### 2.5 Cas particulier : la personne âgée un diagnostic difficile à poser

#### 2.5.1 Un patient polyopathologique et polymédiqué

Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, le nombre moyen de maladies prévalentes par personne est de 5,7 et il augmente avec l'âge. Les maladies rencontrées chez ces personnes âgées sont souvent dues au vieillissement tel que l'arthrose, l'athérosclérose et les maladies cardio-respiratoires.

De ce fait, ces patients sont souvent polymédiqués<sup>5</sup>. Cette polymédication est favorisée par :

- La **superposition de traitements symptomatiques** donné par de multiples prescripteurs (spécialistes, généralistes) ;
- La **demande du patient pour des raisons de dépendance** physique, psychique ou sociales, le patient se sentant rassuré s'il consomme ses médicaments habituels (49).

On retrouve de nombreux médicaments prescrits pouvant avoir comme effet secondaire une réduction du débit salivaire. On retrouve notamment : **des antihypertenseurs, diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, bloqueurs des canaux calciques, les sédatifs, les antalgiques à action centrale et les antidépresseurs tricycliques** (51).

Pour le chirurgien-dentiste se trouvant face à un patient âgé polymédiqué et se plaignant de bouche sèche, il va falloir distinguer et réussir à déceler si c'est une cause médicamenteuse, physiologique ou autre, c'est pourquoi le questionnaire médical est primordial ainsi que les ordonnances des patients.

### 2.5.2 Le vieillissement physiologique

La xérostomie est particulièrement fréquente chez les sujets âgés. La prévalence réelle augmente sensiblement et atteint 30% chez les plus de 65 ans. Le vieillissement physiologique contribue à la réduction du flux salivaire. En particulier, il est fréquent d'observer chez les personnes âgées une senescence des glandes salivaires aboutissant à une raréfaction des acini salivaires et par conséquent à une hyposialie physiologique liée à l'âge (50).

## 2.6 Diagnostic différentiel

### 2.6.1 le Burning mouth syndrom

C'est une stomatodynie qui se présente comme une sensation de brûlure, un picotement et/ou une démangeaison de la langue et d'autres muqueuses buccales sans

---

<sup>5</sup> Lorsque 3 médicaments différents sont prescrits ensemble

qu'aucune cause organique n'apparaisse à l'examen clinique. C'est un syndrome douloureux chronique et réfractaire d'intensité pouvant aller de légère à sévère (52).

Dans la recherche de critères fondamentaux caractérisant ce syndrome, on retrouve. :

- Une sensation de brûlure quotidienne bilatérale de la muqueuse buccale ;
- Une douleur ininterrompue pendant au moins 4 à 6 mois ;
- Une intensité constante ou croissante au cours de la journée ;
- Une amélioration potentielle en buvant ou mangeant ;
- Une interférence rare avec le sommeil.

A cela, nous obtiendrons l'apparition d'autres symptômes tels que la dysgueusie et/ou la xérostomie.

L'étiologie de ce syndrome n'est autre que l'anxiété ou la dépression (42).

**L'amélioration des symptômes et la rémission sont souvent imputées aux anxiolytiques, anti-dépresseurs et à la thérapie cognitivo-comportementale.**

Ainsi une prudence est de mise dans sa démarche diagnostic, car ce ne sont pas les troubles salivaires induits par les antidépresseurs qui créent le tableau clinique du « burning mouth syndrom », mais bien la dépression qui entraîne le « Burning mouth syndrom » et est à l'origine de la xérostomie (42).

### 3. Prévention et prise en charge des patients sous antidépresseurs tricycliques

#### 3.1 Rôle du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste aura un rôle important dans la prise en charge des patients souffrant de dépression notamment en installant un programme d'éducation et de prévention sur l'hygiène orale, des substituts salivaires. Outre le rôle de soignant, nous aurons aussi un rôle d'accompagnant. Ces personnes sont souvent coupées du monde extérieur, ne sortent que très peu de chez eux, et ne rencontrent que très peu de monde. Indirectement, en engageant un dialogue, en les encourageant à persévérer dans le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire, nous participerons à leur réintégration sociale. En s'impliquant dans la prise en charge des patients cela permettra de leur **redonner confiance et de les aider psychologiquement à réintégrer**

**une dynamique positive dans l'importance de prendre soin de leur santé et de donner l'impulsion pouvant permettre de sortir de la maladie.**

### 3.1.1 La prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge d'un patient dépressif est multidisciplinaire avec divers professionnels tels un psychiatre, un dentiste, un nutritionniste, un médecin généraliste (44). Avant de commencer tout traitement, le chirurgien-dentiste doit prendre contact avec le médecin généraliste ou le psychiatre pour connaître :

- L'état psychologique actuel du patient ;
- Les traitements en cours ;
- Le degré d'observance, la compliance ;
- Les antécédents ou les potentiels addictions ;
- La capacité du patient à participer au plan de traitement et à donner son consentement.

### 3.1.2 Un suivi régulier

Dès que le diagnostic est posé et que la prise d'un antidépresseur tricyclique est commencée, il est nécessaire d'instaurer **des visites de contrôle régulières** chez le chirurgien-dentiste et dont la fréquence sera à déterminer selon le risque carieux (annuelle ou biannuelle). Ceci permettrait la détection précoce des premières lésions, et une mise en place des bons gestes à adopter pour la suite du traitement.

### 3.1.3 Problème de l'observance des rendez-vous

Outre la peur du dentiste, argument subjectif souvent évoqué par les patients, Les patients souffrant de dépression ont un manque de motivation pour les choses du quotidien (devoir se lever le matin, respecter des contraintes horaires). **Les rendez-vous matinaux seront généralement plus durs à honorer** car l'action sédatrice des antidépresseurs retarde la mise en activité (53).

### Rôle du chirurgien-dentiste :

- 1- **Contact avec le médecin prescripteur**, psychiatre etc...
- 2- **Suivi régulier** important
- 3- Comprendre et **Adapter les rendez-vous** (de préférence pas trop tôt)

## 3.2 Prévention

### 3.2.1 Contact avec le médecin prescripteur et réévaluation des posologies

La modification de la prescription et du médicament causal peut-être envisagé dans un premier temps par le chirurgien-dentiste au vu des effets secondaires, des répercussions orales engendrées et des retentissements sur les fonctions de phonation, de mastication et de déglutition. Contacter le médecin prescripteur afin de l'informer des effets secondaires apparus et discuter avec lui **d'une diminution de la posologie, d'une suspension ou d'un changement de médicament** (54).

### 3.2.2 Hygiène bucco-dentaire

#### 3.2.2.1 Éducation dentaire

Chez les patients dépressifs avant toute chose il faut installer une hygiène bucco-dentaire irréprochable. **Cet apprentissage va se faire via l'éducation dentaire. On ne réalisera aucun acte tant que cela n'a pas été réalisé.**

Afin de mener au mieux cette mise en route, l'apprentissage sera fait auprès du patient, mais également auprès de son entourage si nécessaire (55).

#### 3.2.2.2 Méthode de brossage et conseils

Des conseils simples et efficaces permettent de diminuer les gênes causés par les troubles salivaires. Un **emploi tri quotidien d'un dentifrice si possible fluoré** peut être envisagé, en sachant que les sensations de brûlure peuvent se majorer à cause du fluor.

La méthode de brossage enseignée sera **la méthode « Bass modifiée »** avec une **brosse à dents à poils souple**. Si l'utilisation d'une brosse à dent manuelle ne convient pas, une brosse à dent électrique pourra être prescrite.

Enfin, la prescription de brossettes interdentaires adaptées au patient devra être recommandée.



Figure 11 : Brosse à dent à poil souple et Brossette interdENTAIRE (21)

### 3.2.3 Conseils diététiques

- Il faut maintenir une **hydratation correcte** de la muqueuse buccale en absorbant souvent de petites quantités d'eau afin d'humecter et de nettoyer les tissus ;
- **Arrêter la consommation de substances nocives** tel que le tabac, l'alcool et diminuer le café qui aggravent la sécheresse buccale ;
- Concernant les boissons acides, il faudra au maximum réduire le temps d'exposition des dents à la boisson en utilisant une paille et une déglutition rapide. Toute sorte de gargarisme et de consommations lentes devront être bannies ;
- **Reprendre une alimentation équilibrée et rythmée par des repas** à heure fixe.

### 3.2.4 Prévention des infections fongiques

- **Une hygiène irréprochable** devra être mise en place ;
- L'utilisation de **bains de bouche antifongiques ou de bains de bouche bicarbonatés<sup>6</sup>** pour favoriser la création d'un milieu basique défavorable à la prolifération des levures (56).

---

<sup>6</sup> 1 cc de bicarbonate de sodium dans 1 verre d'eau par exemple

## PREVENTION

- 1- Réévaluer les **posologies**
- 2- **Hygiène bucco-dentaire** : *dentifrice fluoré, méthode « Bass modifiée »*
- 3- **Conseils diététiques** : *hydratation, arrêt des substances nocives, alimentation équilibrée*
- 4- **Prévenir les infections fongiques** : *hygiène irréprochable, bains de bouche antifongiques ou bicarbonatés.*

### 3.3 Prise en charge

#### 3.3.1 Prise en charge multidisciplinaire : substituer

Un ajustement du dosage ou le nombre de médicaments prescrits au patient peut être évoqué lorsque cela est possible, surtout dans le cas où le patient est traité par plusieurs personnes. Dans certains cas il peut être possible de diviser le dosage journalier par de plus petites doses plusieurs fois dans la journée.

Une autre alternative serait de **substituer le médicament** avec une autre molécule similaire ayant des effets secondaires plus acceptables. En cas de retentissement salivaire important, changer le traitement antidépresseur tricyclique pour un antidépresseur avec moins d'effets anticholinergiques seraient le traitement de choix. De nouveaux antidépresseurs tendent vers cela tels que les inhibiteurs sélectifs de recapture à la sérotonine, malheureusement certains patients ne répondent qu'aux antidépresseurs tricycliques et aucune substitution n'est envisageable (57).

#### 3.3.2 Prise en charge de l'hyposialie

##### 3.3.2.1 *Substituts salivaires et stimulants salivaires*

- Des gels lubrifiants comme le **Buccagel®**, **Oral balance®**
- Des sprays salivaire contenant des mucines ou de la carboxyméthylcellulose : **Aequasyl®**, **Artisial®**

Ils vont former un fil lipidique protecteur contre les traumatismes mécaniques et réduisent la sécheresse buccale en piégeant la salive résiduelle (58).

Les stimulants salivaires tel que le chlorydrate de pilocarpine, ne doivent pas être prescrits en premier choix dans le cas de bouche sèche induite par les antidépresseurs du fait de leur nombreux effets indésirables (nausées, sudation, salivation ...) liés à la stimulation cholinergique. Ils ne sont en effet réservés que

dans des cas spécifiques comme le syndrome de Gougerot-Sjögren ou la radiothérapie de la tête et du cou (59).

### 3.3.2.2 Gommages à mâcher, bonbons acidulés

On peut tenter de maximaliser les sécrétions salivaires par l'emploi de gommages à mâcher ou de bonbons acidulés sans sucre (l'acide citrique stimule les glandes salivaires). Le flux salivaire augmentant durant les repas, prendre des **petites collations intermédiaires** permet aussi de diminuer la sensation de bouche sèche. Enfin pour limiter le dessèchement des tissus buccaux pouvant survenir la nuit, on peut disposer d'un **humidificateur** près du lit.

<b>HYPOSIALIE</b>	<b>Substituts et stimulants salivaires :</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gels lubrifiants : Buccagel®, Oral balance®</li> <li>• Sprays salivaires : Aequasyl®, Artisial®</li> <li>• Stimulants salivaires (chlorydrate de pilocaprine) : réservés à des cas spécifiques : syndrome de Gougerot Sjogren</li> </ul>
<b>Gommages à mâcher ou bonbons acidulés sans sucres</b>	

Tableau 1 : hyposialie

### 3.3.3 Prise en charge des infections fongiques

#### 3.3.3.1 Antifongiques locaux

Les premiers épisodes de candidoses oropharyngées doivent être traités par des antifongiques locaux tels que :

- **Nystatine** en suspension ou en crème ;
- **Amphotéricine B** suspension ;
- **Miconazole** suspension ;
- **Clotrimazole** en crème.

La durée est de 10 à 15 jours dans les formes aiguës et 3 semaines dans les formes chroniques (41).

#### 3.3.3.2 Antifongiques systémiques

Le traitement antifongique général avec présence d'une xérostomie ne doit être **appliqué qu'en cas d'immunodépression**.

On prescrira dans ce cas le fluconazole : 100 à 200 mg/j

<b>INFECTIONS FONGIQUES</b>	<b>Antifongiques locaux :</b>
	<b>Antifongiques systémiques :</b> qu'en cas d'immunodépression :

Tableau 2 : infections fongiques

### 3.3.4 Prise en charge des érosions

#### 3.3.4.1 Topiques à action localisée contre les hypersensibilités

En cas **d'érosions superficielles** (limitée à l'émail coronaire ou à la dentine radiculaire) l'exposition des tubules dentinaires par perte de protection amélaire sus-jacente entraîne un phénomène d'hypersensibilité. Dans ce cas il sera possible en ambulatoire d'utiliser :

- **Le chlorure de strontium** : désensibilisant et isolant en obstruant les tubuli dentinaires ;
- **Le nitrate ou le citrate de potassium** : inhibition de la transmission nerveuse ;
- **Les fluorures de sodium, d'étain ou d'amine, les monofluorophosphates de sodium** : diminution du diamètre des tubuli dentinaires.

On retrouve la plupart de ces molécules dans **des dentifrices spécialisés** ( Elgyfluor<sup>®</sup>, Sensodyne<sup>®</sup>), dans **des gels** (Sensigel<sup>®</sup>), ou dans certains **bains de bouche** (Elmex sensitive<sup>®</sup>, Elmex protection<sup>®</sup> érosion à usage quotidien) (61).

Si cela ne suffit pas, le praticien pourra mettre en place des agents désensibilisants topiques au fauteuil sous forme de **verniss ou de films adhésifs protecteurs** tels que :

- Les verniss fluorés : **Duraphat<sup>®</sup>, Fluor protector<sup>®</sup>** ;
- Les primers désensibilisants ;
- Les primers adhésifs liés à des principes actifs polymérisants ;
- Les systèmes adhésifs amélo-dentaires non spécifiques qui vont créer une protection des tissus par « bonding » pour scellement dentinaires immédiat (SDI);
- Les agents dit « duals » solution aqueuse d'HEMA, NaF, nitrate de potassium.

### 3.3.4.2 Traitements restaurateurs

Si les traitements vus au-dessus ne conviennent pas, le praticien pourra réaliser une restauration directe à l'aide de CVI ou de résine composite (62). On préférera des CVI condensables (haute densité). L'avantage d'un CVI haute densité est qu'il est facile d'application, résistant à l'usure, il relargue du fluor ce qui lui confère un effet cariostatique, reminéralisant et une bonne étanchéité.

<b>EROSIONS DENTAIRES</b>	<b>Topiques localisés contre les hypersensibilités en ambulatoire :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le chlorure de strontium : Sensodyne®</li><li>• Le nitrate ou le citrate de potassium : Sensigel®, Sensodyne®</li><li>• Les fluorures de sodium, d'étain ou d'amine, les monofluorophosphates de sodium : Sensodyne®, Elmex protection®</li></ul>
	<b>Topiques localisés contre les hypersensibilités au fauteuil :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vernis fluorés : Duraphat®, Fluor protector® ;</li><li>• Primers désensibilisants</li><li>• Systèmes adhésifs : SDI</li></ul>
	<b>Traitements restaurateurs :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Composite</li><li>• CVI haute densité</li></ul>

Tableau 3 : Erosions dentaires

### 3.3.5 Prise en charge des lésions carieuses

#### 3.3.5.1 Bains de bouche

L'utilisation de bain de bouche antimicrobien peut aussi être utile pour diminuer la charge bactérienne et inhiber l'action cariogène. On préférera utiliser des **solutions sans alcool telles que le PAROEX®**.

Si on utilise un bain de bouche contenant de la Chlorhexidine, il est important de ne pas l'utiliser de façon concomitante avec de la nystatine, en effet la nystatine et la chlorhexidine ne devraient pas être utilisés simultanément car la chlorhexidine se lie à la nystatine, ce qui entraîne l'inefficacité de l'une et de l'autre (51).

#### 3.3.5.2 CPP-ACP

Le rôle du phosphopeptide de caseine-phosphate de calcium amorphe (CPP ACP) est de favoriser le processus de reminéralisation de l'émail. Plusieurs *études in vitro* et

*in vivo* semblent indiquer que les produits contenant du CPP-ACP diminuent la déminéralisation et favorisent la reminéralisation (60).

On retrouve

- **Le Tooth mousse®** : sous la forme d'une crème à base d'eau contenant du Recaldent™ qui a pour objectif de procurer une meilleure protection des dents face au processus de déminéralisation et d'aider à neutraliser les attaques acides des bactéries de la plaque dentaire. Il trouve une bonne indication chez les patients souffrant de xérostomie pour retrouver un équilibre minéral (61);
- **Le MI Paste Plus ®** est plus adapté pour les patients à haut risque carieux.

#### 3.3.5.3 CVI

L'utilisation de CVI dans la restauration des lésions grâce à son adhésion chimique aux tissus dentaire est plus fiable que l'adhésion mécanique des composites. La teinte et le relargage de fluor sont des points intéressants en cas de trouble salivaire. Il faut cependant une bonne hygiène car les CVI ont tendance à s'user rapidement (62).

#### 3.3.5.4 Composite

Le principal atout du composite réside dans ses **propriétés esthétiques**, le fait que la résine soit photopolymérisable permet une manipulation plus aisée, une meilleure sculpture et une prise « immédiate » de l'obturation. Enfin les **propriétés mécaniques** sont proches de celles de la dentine ce qui permet une bonne dispersion des forces (63).

La localisation souvent très cervicale des lésions, nous pourrions opter pour un accès chirurgical par lambeau pour optimiser le curetage et l'étanchéité des restaurations (21).

<b>LESIONS CARIEUSES</b>	<b>Bains de bouche :</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAROEX®.</li> </ul>
	<b>CPP-ACP :</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Tooth mousse®</li> <li>• Le MI Paste Plus ®</li> </ul>
	<b>Traitements restaurateurs :</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CVI</li> <li>• Composite</li> </ul>

Tableau 4 : Lésions carieuses

### 3.3.6 Organisation des soins

Après avoir réalisé les actes de prévention, d'accompagnement et d'avoir réalisé un bilan de l'état bucco-dentaire des soins à réaliser, il va falloir réussir à hiérarchiser le déroulement des séances (21).

- Un premier temps de « **contrôle biologique** » : éradiquer tous les foyers infectieux, les pathologies actives et favoriser la préservation du complexe dentino-pulpaire grâce aux techniques directes vue ci-dessus ou des couronnes provisoires.
- Après réévaluation de la cavité buccale avec une stabilisation et amélioration de la santé bucco-dentaire, **des restaurations définitives, fonctionnelles et esthétiques** pourront être entreprises. On favorisera des restaurations indirectes partielles et périphériques. Seul l'émail sain de la périphérie des cavités doit être utilisé pour les restaurations, l'émail déminéralisé au niveau des surfaces lisses doit être facile à nettoyer pour être préservé.
- **Une maintenance et un suivi régulier** devra être instauré par la suite : A chaque séance une réévaluation de l'hyposialie sera réalisée, ainsi que le ressenti et la motivation du patient. Après la fin des soins et une stabilisation de la santé bucco-dentaire un suivi annuel avec à chaque fois une ré actualisation du questionnaire médical devra être mis en place.

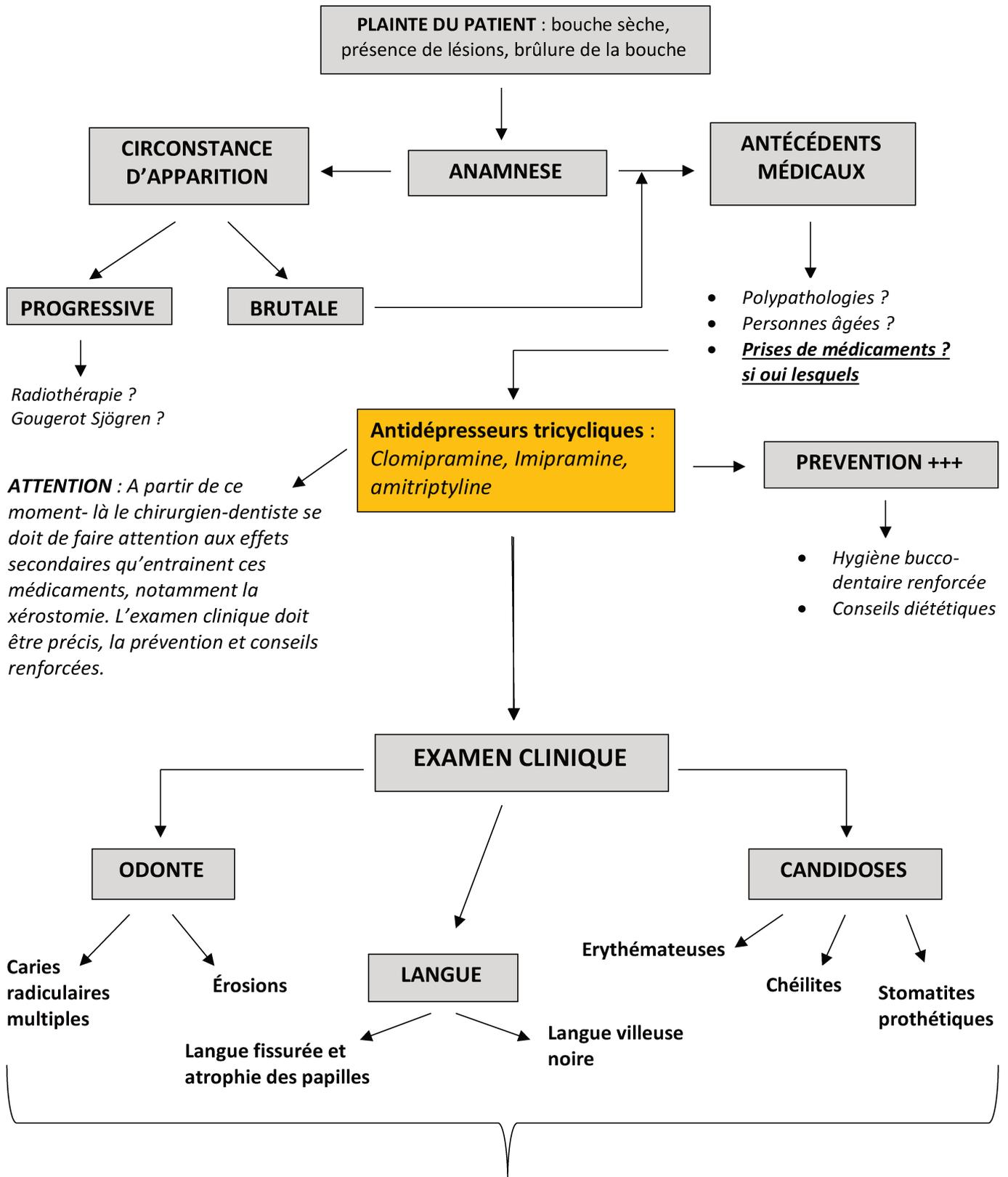
### 3.3 Importance de la prise en charge des personnes âgées

Nous avons vu que le diagnostic d'hyposialie médicamenteuse est difficile à établir chez les patients âgés et polymédiqués. Cependant il est important de bien les prendre en charge concernant les troubles salivaires car les conséquences sur leur santé peuvent

être néfaste. Un trouble salivaire chez ces patients aura un impact sur le parodonte, sur la mobilité des dents, sur la présence de nouveaux édentements et sur le port de prothèse. La sensation de brûlure, avec le maintien d'une prothèse amovible chez le patient peut créer des stomatites prothétiques et finir par ne plus pouvoir la porter. Une difficulté d'alimentation avec des régimes pauvres en fruits, fibres et protéines vont conduire à des déficits en fer, vitamine A, C etc. Un risque de morbidité, de déglutition, de fausses routes et de mortalité augmenté (64).

## 4 Synthèse de la prise en charge au cabinet dentaire

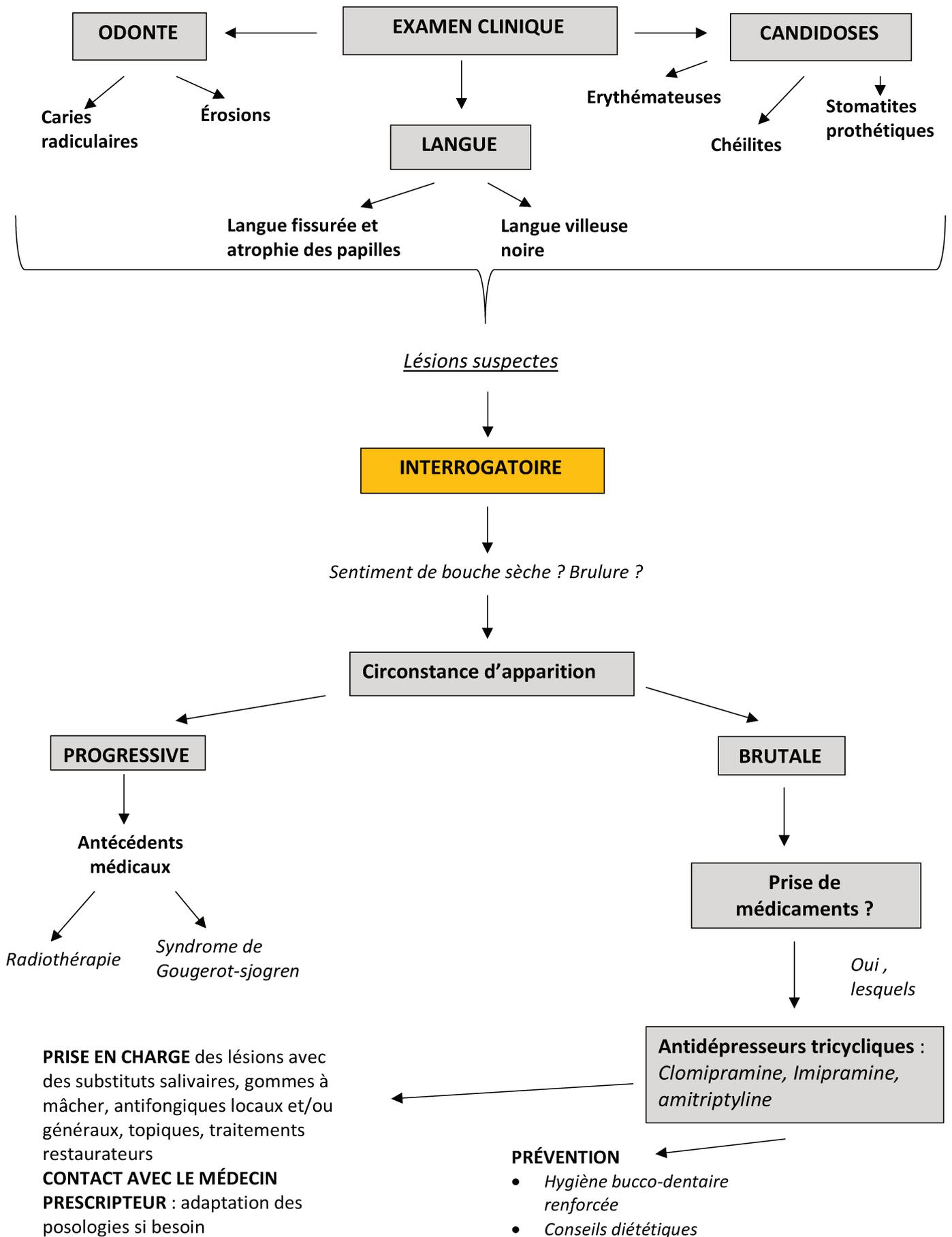
### 4.1 Connaissance de la prise d'antidépresseurs par le praticien



**PRISE EN CHARGE** des lésions avec des substituts salivaires, gommes à mâcher, antifongiques locaux et/ou généraux, topiques, traitements restaurateurs.

**CONTACT AVEC LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR** : adaptation des posologies si besoin.

## 4.2 Absence de connaissance de la prise d'antidépresseurs tricycliques chez le patient



#### 4.3 fiches récapitulatives de la prise en charge

<b>HYPOSIALIE</b>	<p><b>Substituts et stimulants salivaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gels lubrifiants : Buccagel<sup>®</sup>, Oral balance<sup>®</sup></li> <li>• Sprays salivaires : Aequasyl<sup>®</sup>, Artisial<sup>®</sup></li> <li>• Stimulants salivaires (chlorydrate de pilocaprine) : réservés à des cas spécifiques : syndrome de Gougerot Sjögren</li> </ul>
	<p><b>Gommes à mâcher ou bonbons acidulés sans sucres</b></p>
<b>INFECTIONS FONGIQUES</b>	<p><b>Antifongiques locaux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nystatines, Amphotéricine B, Miconazole, Clotrimazole</li> </ul>
	<p><b>Antifongiques systémiques :</b> qu'en cas d'immunodépression :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazole : 100 à 200 mg/j</li> </ul>
<b>EROSIONS DENTAIRES</b>	<p><b>Topiques localisés contre les hypersensibilités en ambulatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le chlorure de strontium : Sensodyne<sup>®</sup></li> <li>• Le nitrate ou le citrate de potassium : Sensigel<sup>®</sup>, Sensodyne<sup>®</sup></li> <li>• Les fluorures de sodium, d'étain ou d'amine, les monofluorophosphates de sodium : Sensodyne<sup>®</sup>, Elmex protection<sup>®</sup></li> </ul>
	<p><b>Topiques localisés contre les hypersensibilités au fauteuil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernis fluorés : Duraphat<sup>®</sup>, Fluor protector<sup>®</sup> ;</li> <li>• Primers désensibilisants</li> <li>• Systèmes adhésifs : SDI</li> </ul>
	<p><b>Traitements restaurateurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composite</li> <li>• CVI haute densité</li> </ul>
<b>LESIONS CARIEUSES</b>	<p><b>Bains de bouche :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAROEX<sup>®</sup>.</li> </ul>
	<p><b>CPP-ACP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Tooth mousse<sup>®</sup></li> <li>• Le MI Paste Plus <sup>®</sup></li> </ul>
	<p><b>Traitements restaurateurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CVI</li> <li>• Composite</li> </ul>

## 5 Conclusion :

Nous pouvons garder en tête que la dépression est un fléau qui peut toucher tout le monde, toute personne plus ou moins proche de nous.

Les patients souffrant de dépression sont des patients nécessitant une vigilance accrue de notre part. La dépression en elle-même cause des dégâts au niveau de la cavité buccale dus à un désintéressement des patients pour leur santé, une absence de motivation impactant l'hygiène bucco-dentaire, à l'existence de parafunctions ou de bruxisme lié à une forme de nervosité. De plus, la prise d'antidépresseur tricyclique pour accompagner les patients à sortir de la maladie peut causer des effets secondaires tels que la sécheresse buccale qui va accentuer la détérioration de la santé bucco-dentaire du patient, surtout si nous n'intervenons pas.

Le profil de certains tableaux cliniques avec candidoses érythémateuses, chéilites, langue dépapillée devraient être des éléments d'alertes d'une sécheresse buccale induite par des antidépresseurs. La recherche de nouvelles lésions doit être systématique et, en cas de doute, il faut investiguer en interrogeant le patient sur ses antécédents médicaux et surtout la prise de médicaments. La prise en charge globale de ces patients doit se faire à travers une prise en charge multidisciplinaire. Les traitements restaurateurs doivent se fonder sur une stratégie globale incluant une prévention adaptée. La mise en place d'un suivi biannuel est indispensable pour limiter les aggravations et soutenir le patient.

Beaucoup de patients se taisent sur leur dépression et sur la prise d'antidépresseur, c'est pour cela que nous avons un rôle important dans le dépistage des lésions causées par un trouble salivaire induit par les antidépresseurs. De par notre accompagnement, notre prise en charge et notre suivi, nous pourrions aider le patient à reprendre confiance en lui, se reprendre en main et sortir de la dépression. Vaincre la dépression peut prendre du temps, mais l'on peut bel et bien en sortir.

## 6 Table des tableaux

Tableau 1 : hyposialie.....	41
Tableau 2 : infections fongiques.....	42
Tableau 3 : Erosions dentaires .....	43
Tableau 4 : Lésions carieuses .....	45

## 7 Table des figures

Figure 1 : Accumulation d'une salive « bulleuse » (21) .....	25
Figure 2 : Lésion érosive au niveau cervical (33) .....	27
Figure 3 : Caries du collet (35) .....	28
Figure 4 : Cheilites (39) .....	29
Figure 5 : Muguet (41) .....	30
Figure 6 : Glossite losangique médiane (42) .....	30
Figure 7 : Stomatite prothétique .....	31
Figure 8 : Aspect parodontal inflammatoire souvent associé à une hyposialie (21) .....	31
Figure 9 : Langue fissurée avec atrophie des papilles (44) .....	32
Figure 10 : Langue villeuse noire (46) .....	33
Figure 11 : Brosse à dent à poil souple et Brossette interdendaire (21) .....	39

## 8 Bibliographie

1. Bernard M.V. Entre état dépressif et décrochage scolaire, ces jeunes Français « broient du noir » depuis le début de la pandémie. Franceinfo [Internet]. 18 mars 2021 [cité 3 janv 2022]; Disponible sur: [https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/temoignages-covid-19-entre-etat-depressif-et-decrochage-scolaire-ces-jeunes-francais-broient-du-noir\\_4334125.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/temoignages-covid-19-entre-etat-depressif-et-decrochage-scolaire-ces-jeunes-francais-broient-du-noir_4334125.html)[https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/temoignages-covid-19-entre-etat-depressif-et-decrochage-scolaire-ces-jeunes-francais-broient-du-noir\\_4334125.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/temoignages-covid-19-entre-etat-depressif-et-decrochage-scolaire-ces-jeunes-francais-broient-du-noir_4334125.html)
2. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth - 2ème édition. Gerodontology. juillet 1997;14(1):33-47.
3. Huprich SK. Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. Clinical Psychology Review. 1 août 1998;18(5):477-500.
4. Clara S. Le syndrome dépressif : impact sur la cavité buccale. [Thèse d'exercice]. Nantes, France: Unité de formation et de recherche d'odontologie; 2021.
5. Observatoire national du suicide. Suicide, Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser à la prévention et les systèmes d'information. 2020 juin. 4ème rapport.
6. Xavier. Statistiques et chiffres de la dépression en France et dans le monde [Internet]. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/>
7. Ministère des solidarités et de la santé. Communiqué de presse de Olivier Véran sur la Journée européenne de la dépression : le ministère des Solidarités et de la Santé souhaite renforcer la prévention et le traitement de la dépression, ainsi que l'accompagnement des personnes face à cette maladie. Gouvernement de la République française.2020; 17 Octobre.
8. Leroy T. Prise en charge de la dépression chez l'adolescent.[Thèse d'exercice]. Caen, France : Université de Caen Normandie : 2018.
9. Marc M. Comparaison de deux méthodes d'évaluation médico-économique des antidépresseurs dans le traitement des syndromes dépressifs majeurs. [Thèse d'exercice] Toulouse, France : université de Toulouse : 2014.
10. Mécanismes de la neuroplasticité : la dépression [Internet]. Neuroplasticité. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.neuroplasticite.com/mecanismes-neuroplasticite/depression/>
11. N. Hayashi, H. Tamagawa, M. Tanaka, T. Hanioka, S. Maruyama, T. Takeshita, K. Morimoto et S. shizikuishi. Association of Tooth Loss with Psychosocial Factors in Male

Japanese Employees. Journal of Occupational Health 2001; 43; 351-355.

12. Delgado-Angulo EK, Sabbah W, Suominen AL, Vehkalahti MM, Knuuttila M, Partonen T, et al. The association of depression and anxiety with dental caries and periodontal disease among Finnish adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2015;43(6):540-9.

13. Cademartori MG, Gastal MT, Nascimento GG, Demarco FF, Corrêa MB. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 1 nov 2018;22(8):2685-702.

14. Anais.M. Bruxisme : Quelle place pour l'anxiété et le stress en soins premiers ? Une revue de la littérature. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale. Toulouse : université de Toulouse. 2018, 57p.

15. Moraczewski J, Aedma KK. Tricyclic Antidepressants. 2021; article de revue, publié au National Institutes of Health.

16. Georges D. Pathologies générales et salive. Thèse pour le diplôme d'état en chirurgie dentaire; Nancy : Université Nancy 1; 2012: 274p.

17. Chiali DB. Physiologie de la sécrétion salivaire. Module de Physiologie Humaine-2<sup>ème</sup> année de Médecine. Abou Bekr Belkaid; 2018/2019; 6p.

18. Liebaut L. Xerostomie et implications odonto-stomatologiques. [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université Nancy 1; 2011 :206p.

19. APS J.K., MARTENS L.C. The physiology of saliva and transfer of drugs into saliva Forensic Sci. Int. 2005 ; 150 : 119-131

20. P.P. Yale. Classe des antidépresseurs tricycliques. [Internet]. [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.agence-dpc.com/wp-content/uploads/2018/09/Les-antid%<sup>c3</sup>%<sup>a9</sup>presseurs-tricycliques.pdf](https://www.agence-dpc.com/wp-content/uploads/2018/09/Les-antid%c3%a9presseurs-tricycliques.pdf)

21. Les antidépresseurs-chaptire 3. [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.farm.ucl.ac.be/FARM2133/2010-2011/Hermans/03-Depression\\_2010.pdf](https://www.farm.ucl.ac.be/FARM2133/2010-2011/Hermans/03-Depression_2010.pdf)

22. Kelly LY, Sixtine B, Franck D, Marjolaine G. Traitement des bouches sèches : pièges et solutions. Clinic; Décembre 2019; 819-858.

23. Benhammou B. Les médicaments de la personne âgée: contribution à l'étude de leurs effets secondaires sur la cavité buccale [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université Nancy 1; 2011.

24. Koita ID. Huposialie et asialie : le cas particulier du syndrome de gougrot-Sjogren. [Thèse d'exercice].Nantes, France: Université de Nantes. 2011.

25. Mohammad A, Mania R. Synthèse des réactions buccales d'origine médicamenteuse. The Journal of contemporary dental practice. Février 2003, 4(1) ; 21.

26. Davy C. Hyposialie et xerostomie : le point sur les étiologies, les conséquences bucco-dentaire et la prise en charge. Rôle du pharmacien d'officine. [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes. 2016.
27. Hopcraft M, Tan C. Xerostomia: an update for clinicians. Australian dental Journal. 2010;55(3):238-44.
28. Sherwaygardens. Xerostomia (Dry Mouth) and Dental Health [Internet]. Sherway Gardens Dental Centre. 2016 [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://sherwaydentalcentre.com/xerostomia-dry-mouth-and-dental-health/>
29. FP Peeters, MW Devries, A Vissink. Risks for oral health with the use of antidepressants. General Hospital Psychiatry. Mai 1998 : 20(3): 150-154.
30. Galniche F. Le rôle de l'alimentation dans la santé bucco-dentaire.[Thèse d'exercice]. Nancy, France : université de Nancy 1. 2011.
31. Pineau C. L'érosion dentaire: diagnostic, étiologies, traitements.[Thèse d'exercice]. Marseille, France : Aix Marseille Université. 1994; 77.
32. Werguet M. Les érosions dentaires données actuelles.[Thèse d'exercice]. Nancy, France : université de Lorraine. 2013:147p.
33. Le Nillon J, Moisan L, Lésions dentaires d'origine non carieuse UE7 cariologie. 2018;5-9.
34. UFSBD. Fiche-conseil-hypersensibilité dentaire. [Internet]. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/06/Fiche-conseil-HYPERSENSIBILITE-DENTAIRE.pdf>
35. caries\_on\_examination\_orig\_fr.jpg (1000x658) [Internet]. [cité 29 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.msmanuals.com/-/media/manual/professional/images/c/a/r/caries\\_on\\_examination\\_orig\\_fr.jpg?thn=0&sc\\_lang=fr](https://www.msmanuals.com/-/media/manual/professional/images/c/a/r/caries_on_examination_orig_fr.jpg?thn=0&sc_lang=fr)
36. Ciancio SG. Medications' impact on oral health. J Am Dent Assoc. 2004, 135, 1440-8.
37. Jean Christophe Fricain. référentiel internat chirurgie orale, 2<sup>ème</sup> édition revue et complétée. Paris : presse edition media, 2019; 523p
38. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med. 2004, 15, 221-39.
39. Perlèche (ou chéilite angulaire) [Internet]. Guide HPCI. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://guide.hpci.ch/perleche-cheilite-angulaire/>
40. Candidose orale chapitre 7 [Internet]. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur:

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/guide-garderie/chap7-candidose-orale.pdf>

41. Taihi I, Milliez S, Ejeil AL, Gaultier F, Dridi SM. Candidose buccale diagnostic et prise en charge. *Le fil dentaire*; Mai 2012; 73:30-32
42. Massimo D. La langue noire. *L'explorateur le magazine de l'ordre des hygiénistes dentaire du Québec*. Octobre 2016; 26(3) : 20-68
43. Lecor PA, Guiprasy ML, Thiam D, Sall OH, Ndiaye L, Hatoum C, Benoist HM. déficit de la sécrétion salivaire et risque de survenue de parodontite. *Rev Col Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*. 2016; 23(2): 24-31.
44. James G, Bijan E. Characteristics of oral abnormalities in liver transplant candidates. *International journal of organ transplantation medicine- Dorsal atrophy of the tongue (atrophic glossitis)*. Aout 2010; 1(3).
45. GEMUB. Feuille d'information patient langue villeuse. [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: <https://document.dermato-info.fr/fiche-info-patient/gemub/langue-villeuse.pdf>
46. collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Items 343, 84, 87 Pathologie non tumorale de la muqueuse buccale [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie5/site/html/cours.pdf>
47. Nerella Narendra Kumar. Modified schirmer test-A screening tool for xerostomia among subjects on antidepressants. *Oral biology*. Aout 2014;829-34.
48. Mariette X. Les syndromes secs médicamenteux. *Revue de rhumatisme*. 2002; 69 (4),386-389.
49. Linjakumpu T, Hartikainen S, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacology are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* .2002, 55 : 809-17.
50. Séguier S, Bodineau A, Giacobbi A, Tavernier J, Folliguet M. Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie. 2009 :11p.
51. Pajukoski et al. Salivary flow and composition in elderly patients referred to an acute care geriatric ward. *Oral medicine*. September 1997; 84(3) :265-271
52. Debacker K. Burning mouth syndrome : point sur les connaissances actuelles. [Thèse d'exercice] Lille, France : université de Lille. 2020.
53. Lareynie B. Prise en charge de l'adulte psychotique en odontologies conservatrice et chirurgicale. [Thèse d'exercice] Nantes, France : université de Nantes. 2005.
54. Navazesh M, Brightman VJ, Pogoda JM. Relationship of medical status,

medications, and salivary flow rates in adults of different ages. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endod* 1996; 81 (2); 172-176.

55. Arthur H. et al. Dental management of the geriatric patient with major depression. *Special care in dentistry*. 1993, 13(6): 249-253.

56. Boulot P, Plancon M, Thevenet G. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support. *Mucites et candidoses*. 2015; 28p.

57. Narhi TO, Meurman JH, Ainamo A, Nevalainen JM, Schmidt-Kaunisaho KG, Siukosaari P, Valvanne J, Erkinjuntti T, Tilvis R, Makila E. Association between salivary flow rate and the use of systemic medication among 76, 81 and 86-year-old inhabitants in Helsinki, Finland. *J Dent Res* 1992; 71 (12): 1875-1880.

58. Atkinson JC, Grisius M, Massey W. Salivary Hypofunction and Xerostomia: Diagnosis and Treatment. *Dent Clin North Am*. 1 avr 2005;49(2):309-26.

59. Antoine MH et al. Sécheresse de la bouche: étiologie et prise en charge. *Folia pharmacotherapeutica*. 2010; 37(1) : 3-9.

60. Maguerro-Sarrade E. Préventions primaire et secondaire des lésions amélaire initiales dans le cadre d'un traitement fixe multi-attaches: revue systématique de la littérature analysant l'efficacité des thérapeutiques professionnelles contenant du fluorure, du CPP-ACP, ou des antiseptiques. [Thèse d'exercice] Bordeaux, France : Université de Bordeaux. 2018.

61. Rousseau F. Le point sur les composés pour la reminéralisation de l'émail et de la dentine. [Thèse d'exercice] Paris, France : université Paris Descartes. 2017.

62. Lanoiselee E. Hyposialie et reconstitutions coronaires. [Thèse d'exercice] Nantes, France : université de Nantes. 2008.

63. Burgess JO, Gallo JR. Treating root-surface caries. *Dent Clin North Am*. 1 avr 2002;46(2):385-404.

64. Bodineau et al. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. Troubles de la déglutition : de l'état buccodentaire à la fausse-route. *Aout* 2007.

**Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2022 – N°**

Lésions des muqueuses dues à la sécheresse buccale chez les patients sous antidépresseurs tricycliques.

**Agathe DESMIS** – p 57 ; réf. 64

**Domaines** : Médicaments- Pathologie bucco-dentaire

**Mots clés RAMEAU** : Bouche- Sécheresse buccale

**Mots clés MESH** : xérostomie médicamenteuse, antidépresseurs tricycliques,

Résumé de la thèse en français

La dépression et la prise d'antidépresseurs ne cessent d'accroître, et ce en particulier sur les dernières années avec une augmentation significative des prescriptions depuis l'épidémie de Covid19. La prise de ces derniers va avoir un effet positif dans la prise en charge des états dépressifs diagnostiqués chez les patients, mais aussi des effets secondaires, notamment concernant la classe des antidépresseurs tricycliques qui aura un impact au niveau des glandes salivaires se manifestant par une xérostomie.

Cette xérostomie peut avoir un impact bucco-dentaire général et notamment au niveau de la santé des dents et des muqueuses. Lors de la venue d'un patient se plaignant de bouche sèche, le chirurgien-dentiste pourra avoir connaissance de la prise d'antidépresseurs au travers de l'interrogatoire médical et pourra diriger son examen clinique en prenant en compte certains effets secondaires. Dans certains cas, le patient pourra également omettre de parler de sa maladie et des traitements pris et ce sera au chirurgien-dentiste de reconnaître et de diagnostiquer certaines lésions caractéristiques d'une xérostomie médicamenteuse liée à la prise d'antidépresseurs tricycliques.

Ce travail souligne l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge globale des patients sous anti dépresseurs tricycliques. Il a pour but d'aider les praticiens dans leur démarche clinique et dans la mise en place d'un suivi afin de réussir à accompagner les patients vers une guérison.

**JURY :**

**Président : Madame la Professeurs Caroline DELFOSSE**

**Assesseurs : Madame le Docteur Cécile OLEJNIK**

**Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT**

**Madame le Docteur Florence SEGUY**

