

Année : 2004

N° :

**PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENTS
BUCCO-DENTAIRES DES PATIENTS
SOUFFRANT DE TROUBLES DU
COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

VICQ Anne-Sophie

Née le 12 avril 1978

le 10 juin 2004 devant le jury ci-dessous :

Président : Madame le Professeur Christine FRAYSSÉ

Assesseur : Monsieur le Professeur Luc HAMEL

Assesseur : Monsieur le Docteur Pierre LE BARS

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Codirecteur de thèse : Madame le Docteur LOPEZ-CAZAUX

I. INTRODUCTION.....9

II. DEPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

ALIMENTAIRE.....12

II₁. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1. La fréquence.....	13
<i>a) De la maladie.....</i>	13
<i>b) De la mortalité.....</i>	14
2. Le sexe.....	15
3. L'âge.....	16
4. Le milieu socioculturel.....	17
<i>a) Classe sociale.....</i>	17
<i>b) Les ethnies et races.....</i>	18
<i>c) Les loisirs, les professions.....</i>	19
5. Les facteurs familiaux.....	19
<i>a) L'éducation parentale.....</i>	19
<i>b) Le vécu familial</i>	20
<i>c) Le type de famille</i>	21
6. Les facteurs génétiques.....	22
7. Les facteurs biologiques.....	23

II₂. LE PROFIL PSYCHIQUE ET PHYSIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

1. L'aspect psychique	25
<i>a) La dépression.....</i>	<i>25</i>
<i>b) La mauvaise estime de soi.....</i>	<i>26</i>
<i>c) La peur.....</i>	<i>27</i>
<i>d) Le souci de perfectionnisme, les obsessions.....</i>	<i>28</i>
<i>e) La négation de la maladie.....</i>	<i>29</i>
<i>f) Le retrait social</i>	<i>29</i>
<i>g) La perception erronée du poids du corps.....</i>	<i>30</i>
2. L'aspect physique.....	30
<i>a) Les anorexiques.....</i>	<i>30</i>
a ₁) La maigreur	
a ₂) Le visage	
a ₃) La tenue vestimentaire	
<i>b) Les boulimiques.....</i>	<i>32</i>
b ₁) Absence de signes physiques évidents	
b ₂) Surpoids et instabilité pondérale	

II₃. PROBLEMES MEDICAUX LIES AUX DESORDRES ALIMENTAIRES

1. Les anorexiques.....	34
a) L'aménorrhée.....	34
b) La formule sanguine	34
c) L'ostéoporose	35
d) L'hypothyroïdie	36
e) Les problèmes cardio-vasculaires.....	36
f) Les problèmes gastro-intestinaux	37
2. Les boulimiques	38
a) Le déséquilibre électrolytique	38
b) Les problèmes médicaux liés à la boulimie	38

II₄. LES PROBLEMES BUCCO-DENTAIRES

1. Les atteintes dentaires.....	40
a) Les érosions dentaires.....	40.
a ₁) Les étiologies	
a ₂) Les facteurs de risque	
a ₃) Les localisations	
a ₄) Le diagnostic différentiel	
b) Les lésions carieuses.....	47
b ₁) Chez les anorexiques	
b ₂) Chez les boulimiques	

<i>c) Les sensibilités.....</i>	<i>48</i>
<i>d) Les usures dentaires</i>	<i>49</i>
<i>e) L'inadaptation des restaurations coronaires.....</i>	<i>50</i>
e ₁) Les amalgames	
e ₂) Les prothèses fixées	
<i>f) Les problèmes orthodontiques</i>	<i>50</i>
 2. Les problèmes muqueux.....	53
<i>a) Le parodonte.....</i>	<i>53</i>
a ₁) Les récessions gingivales	
a ₂) Les gingivites	
a ₃) La perte d'os alvéolaire	
 <i>b) La langue</i>	<i>55</i>
 <i>c) Le palais.....</i>	<i>56</i>
 <i>d) Les lèvres.....</i>	<i>56</i>
 3. Les glandes salivaires.....	57
<i>a) L'hypertrophie.....</i>	<i>57</i>
<i>b) La xérostomie.....</i>	<i>59</i>
<i>c) Les infections.....</i>	<i>59</i>
 4. Les muscles faciaux.....	60
 5. L'œsophage.....	60

II₅. LE DEPISTAGE ET L'APPROCHE DE LA MALADIE PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE

1. Le diagnostic.....	61
2. La nécessité d'orienter vers des spécialistes et de collaborer.....	62
3. Rassurer sans juger.....	62
4. Eviter la confrontation.....	63
5. Jouer la carte de l'esthétique.....	63
6. Avoir conscience des risques vitaux.....	64
7. Les difficultés.....	64
<i>a) Face au refus</i>	
<i>b) Face à la négation de la maladie</i>	

II₆. LE PROBLEME LEGAL DES MINEURS

1. Confiance et confiance : trahison ?	66
2. Conduite à tenir : informer les parents.....	67

III. PREVENTION DES PROBLEMES BUCCO-DENTAIRES

III₁. MOTIVATION AUX REGLES DE PROPHYLAXIE

1. Les conseils face aux problèmes de l'alimentation.....	69
2. L'hygiène orale.....	70
<i>a) Le brossage.....</i>	<i>70</i>
<i>b) Les bains de bouche.....</i>	<i>71</i>

3. Les fluorures.....	71
a) <i>Fluorures et érosions dentaires</i>	71
b) <i>L'application topique de fluorures</i>	72

III₂. PENDANT LES VOMISSEMENTS :

LES GOUTTIERES.....	74
---------------------	----

III₃. APRES LES VOMISSEMENTS

1. Le brossage	75
2. Le rinçage de la cavité buccale.....	75
a) <i>L'eau du robinet</i>	
b) <i>L'eau minérale alcaline</i>	
c) <i>Les bains de bouche</i>	
3. Les chewing-gum au xylitol.....	77
a) <i>Les rôles du xylitol</i>	
b) <i>Influence sur la sécrétion salivaire</i>	
4. Les conseils alimentaires.....	78

III₄. LES TRAITEMENTS PALLIATIFS

1. La salive artificielle.....	79
a) <i>Pourquoi</i>	
b) <i>Comment</i>	
2. Les suppléments vitaminés.....	81

IV. TRAITEMENTS BUCCO-DENTAIRES ET SUIVI

IV ₁ . QUAND FAUT-IL ENVISAGER ET ENTREPRENDRE UN TRAITEMENT ?.....	83
IV ₂ . LE TRAITEMENT BUCCO-DENTAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE.....	86
IV ₃ . LES SOINS CONSERVATEURS.....	88
1. Les matériaux à notre disposition.....	88
2. Les traitements endodontiques	88
IV ₄ . LES SOINS PROTHETIQUES	
1. La prothèse fixée.....	90
<i>a) Les étapes préalables.....</i>	<i>90</i>
<i>b) Les différents types de prothèse fixée à notre disposition.....</i>	<i>92</i>
b ₁) Les facettes	
b ₂) Les inlays-onlays	
b ₃) Les couronnes	
<i>c) Remarques.....</i>	<i>96</i>

2. La prothèse à recouvrement dento-muqueux.....	97
<i>a) Les indications</i>	
<i>b) Les contre-indications</i>	
<i>c) Les étapes de réalisation</i>	
 IV ₅ . AUTRES TRAITEMENTS ENVISAGEABLES.....	100
1. Les traitements orthodontiques.....	100
2. La chirurgie parodontale.....	101
<i>a) Indications</i>	
<i>b) Contre-indications</i>	
3. Les implants.....	102
 IV ₆ . MAINTENANCE ET SUIVI.....	103
1. Pourquoi un suivi ?.....	103
<i>a) Dépistage des récidives du trouble</i>	
<i>du comportement alimentaire</i>	
<i>b) Dépistage des problèmes dentaires</i>	
<i>c) La motivation</i>	
2. La fréquence.....	104
3. Les applications de fluorures.....	104
 V. <u>CONCLUSION</u>	106

Première partie :

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire regroupent l'anorexie et la boulimie. L'anorexie mentale est définie comme la volonté de maigrir alors même que le poids est anormalement bas ; avec une peur de grossir et de devenir obèse (56). La boulimie est une réponse à une volonté de maigrir alors que le poids est normal. La restriction alimentaire conduit alors à un besoin irrépressible de manger (57).

Certains auteurs considèrent ces troubles comme une « toxicomanie sans drogue (20) ». D'autres parlent d'une conduite addictive avec une dépendance au jeûne pour l'anorexie et une dépendance à la nourriture pour la boulimie (62). Ainsi, il apparaît que ces pathologies ont une origine mentale en dépit de symptômes extérieurement physiques.

Les premières références à ces troubles remontent au 13^{ième} siècle chez des religieuses italiennes (9). De violentes douleurs dentaires sont décrites mettant déjà en évidence que ces conduites ont des conséquences bucco-dentaires. Les problèmes buccaux sont en effet pathognomoniques de ces troubles (10). Ils apparaissent également précocement (31).

Le chirurgien-dentiste a donc un rôle important dans le dépistage de ces troubles mais aussi dans la prévention de ces complications buccodentaires et dans leur traitement.

Dans ce travail nous aborderons le dépistage de ces pathologies, la prévention des atteintes bucco-dentaires et leur prise en charge.

Deuxième partie :

**DEPISTAGE DES
TROUBLES DU
COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE**

II. DEPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

II₁. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1. la fréquence

a) De la maladie

La fréquence de l'anorexie mentale est variable selon les auteurs, allant de 0,5% à 2% . Ces différences peuvent être expliquées par l'hétérogénéité des populations étudiées.

Pour Altshuler, en 1990, la fréquence de l'anorexie chez les femmes blanches entre 11 à 18 ans est de près de 1% (2).

Robb et Smith décrivent en 1996 pour l'Angleterre une atteinte de 0,6% à 1,6% de la population totale et de 0,4% de la population lycéenne (58).

En 2002, Rigaud trouve une fréquence de 0,5% parmi les femmes de 15 à 25 ans dans les pays occidentaux (56).

Dans la littérature, les fréquences de la boulimie sont également variables selon les populations étudiées.

Little parle d'une atteinte de 1 à 5% de la plupart des populations pouvant atteindre 15 % dans certains groupes socioculturels. Il s'agit notamment des jeunes femmes des pays développés (47).

Pour Rigaud, la fréquence de la boulimie est comprise entre 3 et 5 % pour les femmes de 15 à 35 ans (57).

b) De la mortalité

L'anorexie mentale a un risque de mort soudaine quand le poids devient inférieur à 85 % du poids idéal. Le poids idéal se calcule grâce à l'IMC (indice de masse corporelle), utilisé en médecine pour le diagnostic de troubles de comportement alimentaire. Le poids idéal est égal à l'IMC multiplié par la taille ($= 18,5 \times \text{taille en cm au carré}$) (56). La mortalité concerne selon Little 6% des anorexiques (47). Roberts et col. vont jusqu'à décrire un pourcentage de 21% par dégénérescence du myocarde, arrêt cardiaque, suicide ou autre (60).

Pour la boulimie, il est malaisé d'évaluer le pourcentage de décès causé par la maladie elle-même. Les tentatives de suicide sont en effet élevées chez les boulimiques mais il est difficile de déterminer si elles sont entraînées par le trouble du

comportement alimentaire ou bien par la dépression qui lui est souvent associée.

Etant données la fréquence non négligeable de ces troubles alimentaires et les conséquences morbides, il semble nécessaire de déterminer les populations à risque afin d'en faire un dépistage précoce. Le sexe, l'âge, le milieu culturel ainsi que la connaissance des facteurs génétiques, familiaux, sociaux et biologiques, sont des critères à prendre en compte.

2. Le sexe

Les troubles du comportement alimentaire prédominent chez les femmes (44). Cependant, ils peuvent toucher également les hommes. Pour Altshuler, 1 patient sur 200 atteint de trouble du comportement alimentaire est de sexe masculin (2).

Il semble cependant que ces chiffres sous évaluent les atteintes masculines car il s'agit d'une population peu étudiée (12, 26). De plus, les hommes sont touchés plutôt par la boulimie et rarement par l'anorexie (26). En effet, selon Bonilla et col., 5 à 10% des boulimiques sont des hommes (12) alors que

selon Gross et col. moins de 5% des anorexiques sont de sexe masculin (26).

3. L'âge

De nombreuses études montrent que anorexie et boulimie concernent deux tranches d'âge distinctes (1, 2). Harisson et col. présentent l'anorexique stéréotypée comme une jeune fille adolescente âgée de 17 à 20 ans et la boulimique comme une jeune femme plus âgée, de 25 à 35 ans (31). Godard et col. notent également que l'anorexie touche les femmes vivant encore chez leurs parents (donc des femmes plus jeunes) lorsque les boulimiques ont déjà quitté le domicile parental (24).

Néanmoins, des cas d'enfants de 8 ans et femmes de 60 ans atteints de troubles alimentaires ont été décrits (65). Par conséquent l'âge peut nous orienter dans le diagnostic de trouble de comportement alimentaire, mais il ne faut pas éliminer ce dernier chez les patients très jeunes ou plus âgés.

4. Le milieu socioculturel

a) Classe sociale

L' anorexie stricte touche majoritairement les classes sociales moyennes à élevées (1, 58). Les jeunes femmes utilisent la nourriture comme un langage, langage lié à leur contexte socioculturel (27).

Pour Studen-Pavlovich, les boulimiques n'appartiennent pas à la même classe socio-économique que les anorexiques (72). Bell et col. évoquent une classe moyenne avec parfois des problèmes d'éthylisme ou de déséquilibres familiaux (15).

D'autre part, dans les pays riches, l'image de la femme moderne, véhiculée par les médias, est mince et synonyme de réussite sociale et d'auto contrôle (15, 27, 51, 62). La perte de contrôle, qui se manifeste par une prise de poids, est de nos jours montrée du doigt et symbolise le péché (15). La gourmandise est d'ailleurs bien l'un des sept péchés capitaux !

D'après Guillemot et Laxenaire, le corps médical va dans le même sens en prônant l'intérêt des régimes équilibrés et en confirmant que l'on « creuse bien sa tombe avec ses dents » (27). L'anorexique fait alors le rapport entre la pureté et le

jeune (75). Ces jeunes filles, qui ont préalablement un souci permanent de perfectionnisme, recherchent l'idéal physique vanté par la société (47, 62).

Les médias ne font qu'accentuer cette certitude d'approcher l'idéal par la maigreur avec ce « culte moderne de la minceur » et la popularité des régimes (51). Russell parle alors du « rôle pernicieux » des films, magazines, ...(62). Certains parlent même de pression sociale (15).

b) Les ethnies et races

Les troubles du comportement alimentaire touchent principalement les sociétés dites économiquement riches, développées et industrialisées. Ils touchent donc surtout les femmes de race blanche, de type caucasien (58). Ceci correspond aux communautés où la nourriture est en surabondance (77). Les jeunes filles d'origine asiatique et afro-américaine apparaissent beaucoup moins touchées (72). Par voie de conséquence, les statistiques données sont en général appliquées aux communautés blanches.

c) Les loisirs, les professions

La fréquence de l'anorexie et de boulimie est plus élevée dans les activités où le corps est au centre (20). Little évoque les milieux de la gymnastique, du mannequinât ou de la danse classique touché dix fois plus que la population générale par l'anorexie (47). Cette influence des loisirs est aussi confirmée par Milosevic qui cite également des activités comme la danse ou l'athlétisme (51). Bianco cite également l'activité d'hôtesse de l'air (10).

5. Les facteurs familiaux

a) L'éducation parentale

Les familles de patients anorexiques sont souvent particulièrement rigides et caractérisées par des liens très étroits (65). Milosevic et Godard et col. parlent même de « surprotection ». Ces derniers évoquent des familles « psychosomatiques » où l'individualité ne s'exprime pas, avec beaucoup de respect, de loyauté, et de conflits évités (24, 51). L'anorexie symbolise alors la prise en charge de sa propre vie et une indépendance vis à vis de l'autorité parentale (47).

Les foyers des boulimiques apparaissent beaucoup moins fermes avec des oppositions beaucoup plus fréquentes (24). De plus, il s'agit fréquemment de familles où la nourriture est utilisée pour célébrer des événements ou au contraire comme consolation d'aléas (77).

Cependant, Burke et col. parlent des dysfonctionnements familiaux chez les boulimiques comme ayant une influence positive ou négative sur l'évolution de la maladie mais non une étiologie (15). Ils citent des exemples de facteurs aggravants ou déclenchants comme des départs du domicile familial, des événements navrants ou encore des ruptures de relations (15).

De plus, il est difficile à posteriori d'évaluer une situation familiale étant donné que l'apparition de la maladie la perturbe (15).

b) Le vécu familial

Certains événements familiaux pourraient être à l'origine de troubles du comportement alimentaire. Ainsi, les abus sexuels, la violence, l'absence parentale, ou bien un décès ont été cités (51, 66).

De plus, des enfants issus de parents avec des troubles du comportement alimentaire, des pathologies psychiatriques, des conduites addictives comme l'alcoolisme, ont une probabilité plus importante de développer une anorexie ou une boulimie. Cette prédisposition est attribuée à leur environnement (15, 20, 46). On peut alors parler de transmission génétique et environnementale des troubles thymiques et des troubles alimentaires (24).

c) Le type de famille

Plus que d'évoquer le type de famille, on pourrait brosser le portrait de la famille type.

L'anorexie se développerait en effet chez des jeunes filles cherchant à répondre à l'exigence et au modèle parental. Naîtrait alors un désir de perfectionnisme, de contrôle permanent qui serait appliqué à l'extrême à la nourriture (77).

La boulimie apparaîtrait au contraire chez des familles souvent trop laxistes où la nourriture serait une fuite, une compensation et une consolation (77).

6. Les facteurs génétiques

L'existence de facteurs génétiques liés aux désordres alimentaires n'est pas encore clairement établie. Dès 1990 avec Russel puis en 1997 avec Schmidt et col., cette composante génétique est évoquée (62, 65).

La vulnérabilité d'origine génétique des troubles du comportement alimentaire est étayée par des études sur des jumeaux monozygotes et dizygotes (51). Les conclusions de ces recherches montrent une concordance des troubles du comportement alimentaire chez les hétérozygotes de 5 à 7 % contre 50 à 56 % chez les homozygotes (47, 62).

Une prédisposition génétique aux troubles du comportement alimentaire ne conduit néanmoins pas obligatoirement l'individu à les développer mais le risque est majoré (15, 47).

Le 16 août 2002, le journal La voix du Nord publie dans son édition « anorexie mentale : la piste génétique », une découverte d'une équipe australienne d'un gène associé à l'anorexie (63). Le Dr Urwin aurait en effet montré une mutation de la protéine NET chez des patients atteints d'anorexie

mentale. Celle-ci joue notamment un rôle central dans l'anxiété, le stress.

La boulimie semble quant à elle ne pas présenter de composante génétique (63).

7. Les facteurs biologiques

A l'hypothèse des facteurs génétiques causant l'anorexie, s'ajoute celle d'une dysfonction de la composition corporelle .

L'hypothalamus est considéré comme le régulateur du poids et comme le centre de satiété en mettant en jeu la sérotonine. Cette hormone a en effet pour rôle d'inciter la prise alimentaire (76).

Chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire, une leptine, c'est à dire une hormone synthétisée par les cellules adipeuses, a été mise en évidence (65). Celle-ci, liée au gène « *ob* », est relarguée dans le sang à partir des tissus adipeux. Elle inhibe la formation du neuropeptide Y dans l'hypothalamus, perturbant la neurotransmission

sérotoninergique. Il y aurait alors, selon Little, une dysfonction dans la neurotransmission du médiateur sérotoninergique conduisant à une perturbation de la régulation de la prise alimentaire (47).

De plus, il a également démontré une anomalie au niveau pituitaire de l'hypothalamus chez les patients souffrant d'anorexie (65).

Il apparaît donc que les jeunes femmes caucasiennes, âgées de 15 à 35 ans, vivant au sein d'une famille rigoureuse ou au contraire permissive doivent retenir notre attention. Il est ici aisé de comprendre l'importance de l'interrogatoire non seulement sur les antécédents personnels des patients mais également sur les antécédents familiaux. Etant donné les caractères génétiques, familiaux, environnementaux et biologiques, ce type de comportement alimentaire peut se retrouver chez les parents ou la fratrie. Néanmoins, il peut être laborieux de dépister ces maladies en se limitant à ces critères, d'autant plus que la négation et la dissimulation sont fréquentes chez ce type de patient lors de toute tentative de dépistage du corps médical. La connaissance du profil psychique et physique de celui-ci s'avère souvent nécessaire à l'établissement du diagnostic.

II₂. LE PROFIL PSYCHIQUE ET PHYSIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

1. L'aspect psychique

a) La dépression

La dépression est l'un des critères de diagnostic des troubles du comportement alimentaire (19, 23, 72). Il y a alors concomitance des troubles du sommeil, du retrait social, ... (10).

Si la dépression est primaire, Jeammet et col. considèrent que la pathologie apparaît pour canaliser la pensée et ainsi la détourner du symptôme dépressif (20).

Au contraire, si elle est secondaire à la pathologie alimentaire, elle ne va qu'exacerber les signes de la maladie (20).

S'installe alors un cercle vicieux avec coexistence de dépression primaire et secondaire (20).

L'étude de Flament sur 45 boulimiques parle de l'état dépressif et l'associe au sentiment de culpabilité, à l'impulsivité et à l'évitement social (19). Il décrit également ces symptômes comme étant plus sévères lorsque les malades ont recours aux vomissements. L'état dépressif est en effet accentué par la nécessité d'isolement pour s'adonner aux rituels qu'impose ceux-ci (7).

Les travaux de Rigaud sur l'anorexie mentale l'ont mené à une liste de onze points caractéristiques de la dépression de l'anorexique. Ils doivent être pris en compte lors du traitement de cette pathologie. Il cite notamment le repli sur soi, la perte de l'image de soi, le rejet du désir et de l'image de la femme ou bien la méfiance vis à vis des autres (56).

b) La mauvaise estime de soi

L'anorexie mentale semble cacher un rejet de l'image de la femme (56). Garre et col. pensent que de nombreux patients font dépendre l'estime d'eux-mêmes de leur apparence corporelle et de leur poids (23). De plus, l'anorexie apparaît le plus fréquemment au cours de l'adolescence, période de narcissisme (44). En effet, l'intérêt du corps se développe chez

les jeunes filles à ce stade. Ainsi les défauts du corps deviennent un centre d'intérêt et mènent à une mauvaise estime de soi (44).

Les patients boulimiques évoquent non seulement un sentiment de culpabilité mais également un profond dégoût de soi (19, 57).

c) La peur

Un sentiment d'appréhension, voire de frayeur envahit les patients atteints de troubles du comportement alimentaire (77).

Chez les anorexiques, il s'agit de la crainte de prendre du poids, de la « peur morbide de grossir » (72). Cette peur de grossir est d'ailleurs un des critères de diagnostic de troubles alimentaires (23, 72). Peur de grossir, peur de devenir obèse, entraînent la peur de manger et donc un amaigrissement massif (56).

La crainte du regard des autres et de leur jugement, face à une restriction sévère chez les anorexiques et à une prise alimentaire sans limites chez les boulimiques, est également présente (7, 56).

*d) Le souci de perfectionnisme,
les obsessions*

Derrière un souci de perfection omniprésent, se cache la peur de décevoir. L'anorexique tente de répondre à l'attente de ses parents qui a souvent été longtemps pesante (77) .

De plus, la perfection est synonyme pour elle de minceur. Celle-ci apparaît à ses yeux admirable tandis que le « gras » est répugnant (15).

Cette obsession de la perfection conduit inéluctablement au besoin de tout contrôler notamment le poids (15, 77). Ainsi, si la perfection dictée par les parents ne peut être atteinte, celle de la minceur peut l'être. Ce transfert permet une emprise directe avec un contrôle sans faille de soi auquel il devient impossible de renoncer (56).

D'autres obsessions apparaissent en concomitance comme des rituels d'ordre, de symétrie, ...(65). Ainsi, il semble que ces jeunes filles réussissent dans de nombreux domaines suite à ces hyper-investissements (70). Malgré la pathologie, on peut parler pour certaines de réussite scolaire brillante (7) .

Le perfectionnisme et les obsessions ne caractérisent cependant pas la boulimie (56).

e) La négation de la maladie

Le diagnostic de trouble du comportement alimentaire n'est souvent pas aisé car les patients déniaient fréquemment la maladie (7, 32).

Pour l'anorexie, il y a négation de la maladie et de la maigreur (23).

Pour la boulimie, il y a à la fois démenti de la maladie et des vomissements (75). Ceci par honte ou par désir de continuer les rituels de vomissement sans heurts (57).

f) Le retrait social

L'anorexie et la boulimie conduisent à de telles attitudes alimentaires qu'il est quasi impossible de conserver une vie sociale normale (7). Il y a la peur du regard des autres face au comportement atypique lors des repas, mais également la nécessité de trouver des moments de solitude pour s'adonner aux rituels que sont les vomissements ou les gavages (7). D'ailleurs, dans un questionnaire de dépistage des conduites

anorexiques proposé par Garner et Gazrfinkel, est retrouvée la lenteur aux repas, l'alimentation clandestine, les vomissements ou l'obsession alimentaire (22). Tout ceci n'est que source d'isolement (7).

De plus, les symptômes dépressifs accentuent cette volonté d'évitement social (19).

g) La perception erronée du poids du corps

Il apparaît également une altération de la perception du poids du corps (23, 75). Les jeunes anorexiques n'ont pas le reflet réel de leur apparence (72). Ceci semble moins évident pour les boulimiques puisque qu'ils conservent souvent un poids normal (1, 18, 77).

2. L'aspect physique

a) Les anorexiques

a₁) La maigreur

La perte de poids, entraînée par le jeune, les restrictions alimentaires, les vomissements ainsi que les

médicaments de type laxatifs ou diurétiques, devient considérable et mène à une maigreur parfois morbide (31, 75). Cette minceur extrême est le but recherché par l'anorexique, synonyme d'idéal physique (62). On définit ainsi le seuil de l'anorexie lorsque le poids est inférieur à 85% du poids idéal (47).

a₂) Le visage

Les variations hormonales dues aux carences alimentaires ont pour conséquence l'apparition d'un duvet au vermillon des lèvres et au bord inférieur de la mandibule (2, 10).

Hormis la pousse du duvet, le visage des anorexiques revêt d'autres caractéristiques :

- ◆ un teint jaune-orangé : « bronze » du à l'accumulation de β -carotènes (2, 47),
- ◆ une certaine pâleur liée à l'anémie (2).

a₃) La tenue vestimentaire

Le mal-être de ces jeunes femmes face à l'image que leur envoie leur corps est visible également par leur tenue vestimentaire atypique. Pour Garner et Gazrfinkel, elles portent des vêtements particulièrement moulants (22). Au contraire, pour Altshuler, elles semblent préférer des

vêtements plutôt amples. Elles dissimulent ainsi soit leur maigreur qu'on leur fait souvent remarquer, soit les formes féminines qu'elles rejettent en souhaitant conserver l'aspect d'un enfant (2).

b) Les boulimiques

b₁) Absence de signes physiques évidents

Si l'apparence des anorexiques permet fréquemment d'orienter le diagnostic de trouble du comportement alimentaire par la maigreur extrême, celle des boulimiques nous permet rarement d'y parvenir. Les signes physiques sont en effet moins nombreux car le poids est fréquemment normal (18) ; elles sont souvent très soignées, charmantes ; leur profil est en général agréable leur permettant de dissimuler aisément leur trouble (1, 18).

b₂) Surpoids et instabilité pondérale

Les crises d'hyperphagie non compensées par des vomissements, des diurétiques, des laxatifs ou un exercice

intense, peuvent conduire certaines boulimiques à une obésité (72, 75).

De plus, comme l'hyperphagie apparaît par crises, le poids est couramment fluctuant (77, 75). Les boulimiques narrent également parfois des antécédents d'obésité dont les méthodes de compensation ont permis de les corriger (77, 75). Selon Rigaud, il y a donc alternance de période de poids normal, de surpoids et même de maigreur (57).

II₃. PROBLEMES MEDICAUX LIES AUX DESORDRES ALIMENTAIRES

1. Les anorexiques

a) L'aménorrhée

L'aménorrhée (absence consécutive de trois cycles menstruels) fait partie des critères diagnostiques de l'anorexie mentale (7, 72, 77). Cette régression de la puberté est due aux conséquences hormonales du trouble du comportement alimentaire, avec une baisse du taux d'œstrogènes (46, 72). Celle-ci résulte de la baisse de la sécrétion des tiges pituitaires de l'hormone de stimulation folliculaire (FSH) et de l'hormone lutéinisante (LH) (72). Elle peut demeurer au delà de la reprise de poids (72).

b) La formule sanguine

Les perturbations sanguines chez les anorexiques sont nombreuses et sont la conséquence des carences alimentaires (2, 7, 72). Sont décrites :

- ◆ une baisse de l'hémoglobine, entraînant une anémie,
- ◆ une leucopénie,
- ◆ une hypoglycémie,
- ◆ une hypoprotéinémie,
- ◆ une hypolipidémie,
- ◆ une augmentation du cholestérol et des triglycérides,
- ◆ une hyponatrémie,
- ◆ une baisse du magnésium,
- ◆ une augmentation des β -carotènes.

c) L'ostéoporose

Une ostéoporose est souvent retrouvée chez les anorexiques. L'ostéoporose est essentiellement due à une carence en calcium (38). Les restrictions alimentaires diminuent effectivement l'apport de calcium et conduisent à une perte de densité minérale osseuse dont les conséquences telles que les fractures sont au départ silencieuses puis insidieuses (2, 7, 18).

d) L'hypothyroïdie

L'hypothyroïdie est une autre conséquence des carences alimentaires constatée chez les anorexiques (2). On constate un taux normal de thyroxine (T4) et d'hormone thyroïdienne (TSH) mais une baisse du taux de triiodothyronine (T3) (11). Il en résulte une hypothermie (7, 16). Les jeunes femmes se plaignent en effet souvent d'une intolérance au froid (10).

e) Les problèmes cardio-vasculaires

Les restrictions alimentaires conduisent à (2, 7, 18, 26) :

- ◆ Une fréquence augmentée des prolapsus valvulaires mitraux,
- ◆ Des arythmies à type de bradycardie (rythme inférieur à soixante battements par minute) pouvant conduire à un arrêt cardiaque,
- ◆ Une hypotension artérielle (inférieur à 10 pour les maxima).

Ces conséquences alarmantes sont augmentées et aggravées par la durée de la maladie, par sa sévérité et par l'abus ou non de laxatifs (72).

f) Les problèmes

gastro-intestinaux

Il est constaté chez les anorexiques un retard d'évacuation gastrique, une baisse des enzymes hépatiques, une constipation due à une baisse de motilité intestinale, ainsi qu'une déshydratation (2, 7, 72). Ces atteintes varient selon le type d'anorexie (avec ou sans vomissements) ; la prise ou non de médicaments type laxatifs ou diurétiques et de la sévérité de la pathologie du comportement alimentaire (7, 72).

2. Les boulimiques

a) Le déséquilibre électrolytique

Selon Jouvent-Vindreau, il semblerait que 49% des boulimiques ont recours à des laxatifs et à des diurétiques. Le boulimique a une relation avec les médicaments qui rappelle celle qu'il a avec la nourriture : excessive (41). Il est alors possible de retrouver une composante addictive à la fois dans les rituels boulimiques et dans la dépendance à des substances actives par leur caractère impulsif et irrésistible (4, 23).

La prise de ces médicaments a pour seul objectif la perte de poids qui pourtant n'est due qu'à une perte d'eau (41, 66).

b) Les problèmes médicaux liés à la boulimie

L'abus de laxatifs et de diurétiques conduit à un déséquilibre électrolytique important avec alcalose et hypokaliémie (1, 2). Les conséquences au niveau de l'organisme

sont entre autre rénales et cardiaques mais aussi l'apparition de crises de tétanie et d'épilepsie (10).

Les déséquilibres électrolytiques conduisent régulièrement les jeunes femmes à une insuffisance rénale (10, 26). Celle-ci s'accompagne, pour les mêmes raisons, d'une polyurie ainsi que d'infections urinaires à répétition (10, 72).

Des problèmes gastro-intestinaux sont également liés à l'abus de laxatifs et aux vomissements. Ils peuvent aller de la simple diarrhée à la dilatation de l'estomac, des saignements voire la rupture gastrique (7, 10, 31, 72).

II₄. LES PROBLEMES BUCCO-DENTAIRES

1. Les atteintes dentaires

Le praticien se retrouve souvent face à un patient silencieux sur ses troubles alimentaires mais aux signes buccaux évidents (32). Les conséquences dentaires, et plus particulièrement les érosions, sont visibles après au moins deux ans de vomissements réguliers (35, 54, 71). Néanmoins, cela peut varier selon la fréquence des vomissements et de la prévention mise ou non en œuvre (71).

a) Les érosions dentaires

a₁) Les étiologies

Les érosions dentaires sont définies comme des pertes de substance dentaire par un processus chimique n'impliquant pas les bactéries (21). Leur étiologie est souvent multi-factorielle lors des troubles du comportement alimentaire. Leur origine peut-être intrinsèque (les vomissements avec l'acide hydro-

chlorique) et extrinsèque (avec l'alimentation et la prise de médicaments) (16).

Lors des vomissements, le contenu gastrique est régurgité. L'acide hydro-chlorique qu'il contient agit chimiquement et mécaniquement car la langue l'étale sur les surfaces dentaires (17, 72).

Les restrictions alimentaires amènent également une consommation inhabituelle de produits hypocaloriques acides comme les pommes (pH de 2,9), les boissons « light » comme celles à base de cola (pH de 2,7) ou bien les yaourts (pH de 3,8) (16, 21).

Enfin, l'hypofonctionnement salivaire et la prise d'antidépresseurs entraînent une baisse du pH au niveau de la cavité buccale (17, 59).

Vomissements, consommation d'aliments acides et baisse du pH salivaires conduisent inexorablement vers des érosions amélares puis dentinaires (59).

a₂) Les facteurs de risques

En 1997 Milosevic et col. ont défini des facteurs de risques des érosions dentaires chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire (50). Ils citent :

- ◆ La fréquence et la durée des vomissements,
- ◆ L'hygiène bucco-dentaire : le brossage immédiat, l'utilisation de dentifrices abrasifs sur les érosions, l'utilisation ou non de fluorures.

Studen-pavlovich et Elliott en 2001 rajoutent à ces facteurs :

- ◆ La prédisposition génétique avec le degré de susceptibilité dentaire aux érosions,
- ◆ La cariogénicité des aliments,
- ◆ L'ingestion de certains type de médicaments (par exemple les antidépresseurs, les diurétiques ou la vitamine C) (59, 68, 72).

Certains parlent d'une liaison linéaire entre fréquence-durée des vomissements et les érosions (49). Cependant, d'autres auteurs réfutent cette théorie (71). Il semble alors mal aisé de déterminer s'il y a en effet une relation

quantitative entre la sévérité du trouble du comportement alimentaire et la sévérité des érosions.

a₃) Les localisations

Les érosions dentaires peuvent toucher toutes les surfaces dentaires de l'ensemble des dents.

Toutefois, chez les anorexiques de type restrictif, elles apparaissent principalement sur les faces vestibulaires des blocs incisivo-canins liées à la consommation excessive de produits acides comme les agrumes (52, 72).

Chez les boulimiques ou les anorexiques avec vomissements, les érosions concernent majoritairement le bloc incisivo-canin maxillaire, les surfaces palatines et les bords incisifs (72).

Les cuspides palatines des prémolaires supérieures ainsi que les faces vestibulaires linguales et occlusales des prémolaires mandibulaires sont également fréquemment atteintes.

Le bloc incisivo-canin mandibulaire semble protégé par la langue lors des vomissements (1, 33, 43).

Les premiers signes observés chez un patient provoquant des vomissements sont l'apparition des pertes de substance amélaire en palatin des incisives maxillaires (17, 59) et un aspect irrégulier, aminci puis fracturé du bord incisif (15,72).

Les érosions dentaires apparaissent de façon plus variable sur les faces vestibulaires et occlusales des dents postérieures et de façon plus modérée et plus tardive sur les dents antérieures en vestibulaire (59).

Enfin, l'atteinte, d'abord amélaire, se transforme progressivement en atteinte dentinaire. Sans traitement, elle évolue peu à peu vers la pulpe et provoque à terme une pulpopathie voire une exposition pulpaire (18).

a4) Le diagnostic différentiel

✕ Les érosions non liées aux troubles du comportement alimentaire

Les érosions dentaires peuvent être également causées par :

◆ Un régime riche en aliments acides comme les agrumes (52),

- ◆ Une exposition fréquente à de l'eau chlorée étant donné que le chlore diminue le pH de la cavité buccale (52),
- ◆ Des reflux gastro-oesophagiens.

Le diagnostic différentiel se fait alors par la localisation. Lorsqu'il s'agit d'érosions liées au comportement boulimique et anorexique, les surfaces les plus touchées sont les faces palatines du bloc incisif supérieur. Au contraire, s'il s'agit d'une cause externe comme les agrumes ou le chlore, les érosions sont particulièrement observées au niveau vestibulaire des mêmes dents. Enfin, dans les cas de régurgitations, ces lésions sont surtout visibles sur les dents cuspidées (13).

Néanmoins, le diagnostic étiologique se fait principalement sur l'anamnèse médicale et personnelle (13).

✕ Les lésions carieuses

Le diagnostic différentiel se fait par la localisation. Les caries, lors des troubles du comportement alimentaires, sont principalement localisées au niveau cervical (72). Néanmoins, les érosions qui ont atteint la dentine peuvent être le lieu de développement d'une lésion carieuse (48).

✕ *L'attrition*

Il est parfois mal aisé de distinguer les érosions d'origine chimique, des attritions entraînées par les contacts dento-dentaires trop prononcés c'est à dire par le bruxisme.

L'apparence permet cependant d'y parvenir : les usures d'origine mécanique ont un aspect net avec des bords tranchants (43). Hastings parle de cuspides « découpées » (33). Les érosions d'origine chimique ont, au contraire, un aspect lisse.

De plus, les attritions concernent uniquement les zones de contact dento-dentaires tandis que les érosions ne se limitent pas à ces surfaces (13).

✕ *Les abrasions*

L'abrasion est la perte de tissus dentaires d'origine mécanique ayant pour origine des objets externes comme par exemple le brossage excessif, horizontal, avec une brosse à dents à poils durs (37).

La localisation permet de les différencier des érosions puisqu'elles touchent principalement les dents au niveau cervical et vestibulaire (13). De plus, contrairement aux érosions qui sont lisses et en forme de lacune, elles sont plates et anguleuses (13).

b) Les lésions carieuses

b₁) Chez les anorexiques

Concernant la fréquence des atteintes carieuses, les résultats sont variables suivant les auteurs. Selon Bianco, la fréquence des caries est inférieure à celle de la population générale chez les anorexiques de type restrictif par la baisse de la consommation de sucre (10). Pétra de Groot fait la même observation même si elle évoque une plaque dentaire plus acide (18).

Au contraire, Studen-Pavlovich et Elliott évoquent un taux plus élevé dans une étude sur de nombreux patients sains et atteints de troubles d'anorexie mentale (72). Cette constatation serait liée à la consommation d'antidépresseurs, au manque d'hygiène et à l'ingestion de produits acides (72). Ils citent une prédisposition aux caries cervicales, à évolution rapide, dentinaires, de surface importante. Il pourrait s'agir de caries secondaires aux érosions.

b₂) Chez les boulimiques

Il apparaît unanimement chez les boulimiques une augmentation importante du taux d'atteintes carieuses. Carni et Ed suggéraient déjà en 1981 que la nutrition non équilibrée et la consommation excessive de carbohydrates en étaient l'explication (16). Studen-Pavlovich et Elliott, faisant la synthèse de diverses études, parlent pour les boulimiques d'une augmentation parallèle de l'obésité et des caries (72). Hasting met en cause le comportement alimentaire mais également la présence d'érosions. En effet, lorsque celles-ci atteignent la dentine, le processus de destruction s'accélère et la lésion carieuse s'installe si l'hygiène est mauvaise (33, 47, 48).

c) Les sensibilités

Les sensibilités dentaires sont le motif de consultation le plus fréquent des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (42). Elles concernent les dents atteintes par des lésions carieuses et des érosions. Cette sensibilité est d'autant plus intense que ces lésions sont profondes et touchent la dentine (15). Elles apparaissent aux variations de température et plus particulièrement au froid (12, 17).

d) Les usures dentaires

L'atteinte par un trouble du comportement alimentaire est un signe de profonde détresse et de tension interne importante (20). Il en résulte parfois un bruxisme chronique (16). Celui-ci est responsable des nombreuses facettes d'usure ou attritions observables à la fois chez les anorexiques et chez les boulimiques (60).

Parallèlement au bruxisme, les érosions peuvent conduire à une usure dentaire (72). Il y a alors raccourcissement des couronnes des dents antérieures puis postérieures et perturbation de l'occlusion (67). La dimension verticale d'occlusion se trouve diminuée (15,31, 42). Les conséquences sont esthétiques mais également fonctionnelles. Les restaurations prothétiques devront en tenir compte.

e) L'inadaptation des restaurations coronaires

e₁) Les amalgames

Les acides gastriques entraînent à long terme, lors des vomissements, l'inadaptation des restaurations à l'amalgame. Ceux-ci semblent en sur-contour par la perte de substance entraînée par les érosions autour de la reconstitution (2, 26, 59, 72).

e₂) Les prothèses fixées

Il en est de même pour les couronnes métalliques ou céramiques. L'acidité provoquée par les régurgitations entraîne une perte de substance, par érosion, au niveau des limites de la prothèse. Les couronnes semblent inadaptées (18).

f) Les problèmes orthodontiques

Les troubles du comportement alimentaire, et plus particulièrement l'anorexie, apparaissent le plus souvent au cours de l'adolescence (2). A cette période, de nombreux patients reçoivent un traitement d'orthopédie dento- faciale. L'agression chimique du contenu gastrique et l'agression

mécanique du bruxisme conduisent à un descellement très fréquent des bagues et brackets orthodontiques (2). De plus, la mauvaise hygiène et la perte d'intérêt pour soi dirigent souvent l'orthodontiste à déposer les dispositifs (2).

D'autre part, les troubles du comportement alimentaire pourraient induire des anomalies orthodontiques. O'Reilly et O'Riordan avaient émis l'idée, en 1991, que l'introduction des doigts dans la cavité buccale, pour induire les vomissements, était responsable de mouvements dentaires. Ceux-ci pourraient donc favoriser le développement d'anomalies orthodontiques et plus précisément un open-bite : une béance (53). Une étude sur 24 patients atteints de troubles du comportement alimentaire a en effet montré une fréquence élevée d'open-bite (53). Néanmoins, il apparaît qu'il n'y a pas de rapport entre les vomissements et la dysmorphose (53). Ainsi, la pression digitale n'en est pas à l'origine.

Pour expliquer le taux élevé d'anomalies des bases squelettiques chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire, les auteurs émettent deux hypothèses. La première est de penser que ces patients ont eu, dans leur enfance et au cours de leur pathologie, moins de contrôles dentaires donc moins d'offres de traitement. La seconde serait d'après eux de supposer que les anomalies

orthodontiques auraient contribué au développement du trouble alimentaire (53).

Bell et col. confirment le pseudo open-bite. Néanmoins, ils l'attribuent aux érosions dentaires (15). Shaw l'évoque également dans les cas de boulimie et d'anorexie et il ajoute une constatation de l'étroitesse du maxillaire. Cependant, il explique qu'un close bite (c'est à dire un recouvrement important) existe également dans cette pathologie. En effet, l'érosion des incisives maxillaires entraîne l'égression des incisives mandibulaires et donc l'abaissement de la courbe de Spee, menant au close bite (67).

Ainsi, on peut conclure que les troubles du comportement alimentaire semblent avoir des conséquences sur les bases squelettiques, à la fois dans le sens transversal et sagittal.

2. Les problèmes muqueux

a) Le parodonte

a₁) Les récessions gingivales

Chez les patients atteints de trouble du comportement alimentaire, les récessions gingivales peuvent être dues :

- ◆ aux déséquilibres hormonaux entraînant une disparition progressive des structures parodontales (18),
- ◆ au brossage intensif et fréquent lié au caractère excessif et obsessionnel des anorexiques (2).

a₂) Les gingivites

Des atteintes parodontales sont souvent décrites chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire (10).

Les différentes études concernant l'état parodontal des patients atteints d'anorexie décrivent des résultats contradictoires. Certains retrouvent des ulcérations, des

saignements ainsi qu'une inflammation, attribués à l'insuffisance d'hygiène dû au manque d'intérêt pour le corps (10, 42, 71, 78). Toutefois, Milosevic ne semble pas repérer de différence significative de l'indice gingival et de l'indice de plaque (51).

Les boulimiques seraient moins concernés par l'inflammation gingivale entraînée par le manque d'hygiène en raison de l'importance qu'ils accordent à l'image corporelle (72).

Parallèlement au manque d'hygiène, il apparaît que l'irritation par le contenu gastrique, le stress, la dépression et le déficit en vitamines entraînent des saignements (12, 42). Zakrzewska décrit même la gingivite comme une conséquence de l'anorexie et de la boulimie permettant d'en poser le diagnostic (78).

a₃) La perte d'os alvéolaire

Chez les anorexiques, la réduction du niveau hormonal due à l'aménorrhée conduit à l'ostéoporose (15). Cette baisse de la densité osseuse concerne également l'os alvéolaire (18). Ainsi, les structures parodontales disparaissent peu à peu et la perte osseuse autour des dents permet le développement d'infections (18). De façon ultime, il en résulte une perte de l'organe dentaire (18).

b) La langue

Pour induire les vomissements, les patients atteints de troubles du comportement alimentaire utilisent soit leurs doigts soit des objets comme des cuillères. Cela provoque des lésions linguales dont la sévérité dépend de la fréquence et de la durée des vomissements (2). De plus, des traumatismes linguaux peuvent également être dus à l'ingestion rapide de beaucoup d'aliments et à la force de régurgitation (71).

D'autre part, l'environnement acide dû aux régurgitations du contenu gastrique entraîne des brûlures au niveau de la langue (1). Ces glossodynies sont parfois le motif de consultation des patients (10, 15). Face au silence sur leur pathologie, ce seul signe permet rarement de faire le diagnostic étiologique.

Pour les mêmes raisons, la langue est souvent le siège d'ulcérations et de desquamation des papilles filiformes. La douleur est alors également évoquée par les patients (10, 15).

Enfin, Howart et Wampold décrivent une sécheresse linguale et l'attribuent à la baisse du pH de la cavité buccale et

à la baisse de quantité salivaire (35). Elle est également due à la déshydratation par abus de laxatifs et vomissements répétés (71).

c) Le palais

Tout comme la langue, le palais est atteint par des abrasions, des ulcérations, des marques et des saignements dus à la pression des doigts ou d'objets pour provoquer les vomissements (2, 16). Ces lésions concernent préférentiellement le palais mou, zone de réflexe des vomissements (71, 72).

d) Les lèvres

Les chéilites angulaires sont un signe non pathognomonique des troubles du comportement alimentaire. Elles sont visibles chez les patients qui provoquent des vomissements et à moindre degré quand le trouble est purement restrictif (2, 71).

Les chéilites sont provoquées par la déshydratation (2, 71). Des facteurs comme la large ouverture buccale lors des vomissements, l'introduction de corps étrangers pour provoquer la régurgitation ou le manque d'hygiène interviennent également pour favoriser ces lésions des commissures (55). Bianco évoque aussi l'acidité et le déficit en vitamines pour les anorexiques (10).

3. Les glandes salivaires

a) L'hypertrophie

Les glandes salivaires, tout particulièrement les parotides sont hypertrophiées (1, 2, 56, 71, 78). Cette augmentation de volume touche les patients qui provoquent des vomissements (56, 71).

Au début, ce phénomène apparaît et disparaît, puis il persiste. Il est proportionnel à la durée et à la sévérité des vomissements (71, 72). La mandibule a alors une apparence carrée ce qui provoque des problèmes psychologiques (72). A la palpation, la glande est souple et non douloureuse (72). Cependant des douleurs sont parfois décrites (12).

Histologiquement, des inclusions de graisse, une augmentation de la taille des acini et des granules sécrétoires ainsi qu'une fibrose sont visibles (72).

Ce grossissement parotidien semblerait être dû à la stimulation rapide et massive lors de l'ingestion importante d'aliments suivie de vomissements (72). D'autres auteurs l'attribuent au stress et à la dépression (12).

Pour Robb et Smith il ne s'agit pas d'une vraie pathologie des glandes salivaires mais c'est le résultat de carences alimentaires (58). Pourtant, d'après Roberts et Li, les causes sont multiples. Ils l'attribuent à l'agression acide du contenu gastrique, à la stimulation des vomissements et indirectement à l'effet humoral sur la glande causé par une stimulation du pancréas (60).

Enfin, pour Steinberg, l'origine est la stimulation cholinergique durant les vomissements ou bien la stimulation autonome des glandes par activation des bourgeons du goût (71).

L'hypertrophie parotidienne touche donc à la fois les anorexiques restrictifs et les boulimiques ayant recours aux vomissements. Face à une patiente avec élargissement unilatéral

ou bilatéral des parotides, le premier diagnostic à éliminer semblerait donc être le trouble du comportement alimentaire (71).

b) La xérostomie

Parallèlement à l'hypertrophie des glandes salivaires s'installe une sécheresse buccale faisant suite à une diminution du débit salivaire (1, 78). Cette xérostomie est liée à la prise de psychotropes et au déséquilibre des fluides à la suite de la prise de diurétiques et de laxatifs (18, 21, 42, 72). Elle découlerait également du stress et de la dépression (12).

c) Les infections

La diminution du débit salivaire entraîne la diminution de la vidange des canaux excréteurs. Il en résulte le développement bactérien au sein de ceux-ci, source d'infections à répétition (16).

II₅. LE DEPISTAGE ET L'APPROCHE DE LA MALADIE PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE

1. Le diagnostic

Grâce aux signes pathognomoniques des troubles du comportement alimentaire au niveau de la sphère buccale, le chirurgien-dentiste est fréquemment le premier à le diagnostiquer (15, 16, 32, 47).

De plus, il est celui que l'on voit à intervalles réguliers et avec qui l'on doit se sentir à l'aise (26).

Ainsi, ce professionnel de santé a un rôle « pivot » dans la prise en charge (72). Il doit alors être le premier à suggérer les soins oraux et médicaux (54). Il est donc essentiel de faire un examen clinique minutieux de la denture ainsi qu'un historique médico-dentaire complet. L'objectif est de ne pas négliger la possibilité d'être face à un patient atteint d'anorexie ou de boulimie et de faire un diagnostic le plus précoce possible (34, 39, 54).

Le chirurgien-dentiste est donc souvent le premier lien avec le milieu médical pour le patient atteint d'un trouble du comportement alimentaire.

2. La nécessité d'orienter vers des spécialistes et de collaborer

Si le chirurgien-dentiste pose le diagnostic de trouble du comportement alimentaire, il doit orienter son patient vers une équipe médicale (16,43, 65, 72).

Brièvement, pour l'anorexie, il est essentiel de mettre en place une prise de poids planifiée et une psychothérapie. En ce qui concerne la boulimie, le traitement devra être basé principalement sur la psychothérapie (3).

Pour y parvenir, il faut expliquer au patient les conséquences médicales, dentaires et psychologiques de son trouble (47). Après avoir orienté vers des médecins spécialistes et des nutritionnistes, le rôle du chirurgien-dentiste est de collaborer avec l'équipe afin de permettre une prise en charge pluridisciplinaire (28).

3. Rassurer sans juger

Face à un trouble du comportement alimentaire, il peut être difficile de comprendre ce qui motive et qui mène à une telle attitude. Pourtant, l'approche du chirurgien-dentiste doit se faire sans jugement (26). Il est mal aisé de trouver la juste distance : l'empathie sera celle nécessaire (46). L'abord doit être doux et le dentiste doit rester un appui à tout moment (16).

4. Eviter la confrontation

Afin d'éviter la confrontation, Schmidt et Treasure estiment qu'il est préférable de ne pas poser de questions sur l'origine des lésions bucco-dentaires de façon directe (65). Il leur semble plus opportun de dire que la dégradation de l'état buccal est incompréhensible et qu'elle fait penser au résultat de vomissements fréquents (65). Une attitude accusatrice de la part du chirurgien-dentiste peut conduire le patient à ne plus jamais revenir et l'objectif de l'accès aux soins n'est alors jamais atteint (10). Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit de patients avec une très grande fragilité émotionnelle (6). Il s'avère nécessaire de différer l'interrogatoire quand faire reconnaître son trouble au patient impliquerait un rapport de force (7).

5. Jouer la carte de l'esthétique

Pour les anorexiques et pour les boulimiques, l'image de soi revêt une importance considérable. Ainsi, parler de l'incidence de leur comportement sur le sourire peut être une aide non seulement pour l'acceptation de la prise en charge bucco-dentaire mais également pour la diminution voire la

disparition des vomissements et l'orientation vers une prise en charge plus globale (55).

6. Avoir conscience des risques vitaux

Les conséquences physiologiques et psychologiques des troubles du comportement alimentaire peuvent être ravageuses et ainsi conduire à la mort (28). Il existe en effet un risque de mort soudaine chez les anorexiques quand le poids est inférieur à 35% du poids idéal, et de décès par suicide chez les boulimiques (20, 47).

Il est donc essentiel que le diagnostic soit précocement effectué vu les conséquences dramatiques (6). En outre, plus le diagnostic est précoce, meilleur est le pronostic de guérison (5).

7. Les difficultés

a) Face au refus

Le refus de soins est fréquent chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire (28). L'aide n'est pourtant possible qu'à la condition qu'ils souhaitent changer de comportement (66).

b) Face à la négation de la maladie

Face au déni des patients, des questionnaires ont été réalisés afin de diagnostiquer la maladie. En 1979, Garner et Garfinkel ont proposé 40 items constituant le « eating attitudes test » qui regroupe les symptômes de l'anorexie (5, 22). En 1987, Henderson et Freeman ont établi un questionnaire sur la boulimie autour de 32 items (36). Enfin, le professionnel de santé a également à sa disposition un manuel diagnostique et statistique des troubles comportementaux (23).

II₆. LE PROBLEME LEGAL DES MINEURS

1. Confiance et confidence : trahison ?

Le succès de la relation entre le praticien et le patient dépend de la confidentialité et de la confiance réciproque (32). La pratique professionnelle et l'éthique comprennent la confidentialité mais aussi le bénéfice du patient et de la santé (32).

En effet, selon l'article 5 du code de déontologie, le secret médical s'impose sauf dérogation prévue par la loi. Ainsi, aucune information confidentielle ne doit être révélée sans l'accord du patient traité. Pourtant, l'article 226-3 du code civil demande à tout citoyen d'apporter son secours à toute personne en péril, ce que représente le patient atteint sévèrement d'un trouble du comportement alimentaire. Cet article constitue donc la dérogation citée dans l'article 5 du code de déontologie (64).

Alors, que faire face à un patient mineur silencieux sur son mal mais aux signes buccaux évidents ? Le professionnel de santé se retrouve pris entre la trahison de la confiance qu'il lui a été accordée par son patient et la nécessité de répondre à la loi (32).

Trois choix s'offrent à lui : en parler directement aux parents, ou bien dire au patient que si il ne les prévient pas il le

fera, ou encore l'informer de la nécessité des soins et de celle d'en parler à ses parents en toute confiance (32). Face à ce dilemme éthique, Hasegawa propose de ne jamais oublier le risque vital et qu'il y a donc justification à rompre la confiance (32).

1. Conduite à tenir : informer les parents

Dans un souci de respect de la loi, Altshuler et Bianco préconisent de prévenir les parents pour toute suspicion de trouble du comportement alimentaire chez un patient mineur (2, 10). Le but est ensuite de les orienter vers des professionnels afin de réaliser des traitements médicaux puis psychiatriques avec ou sans aide médicamenteuse (47).

De plus, l'implication parentale est importante pour la réussite des soins (24).

Troisième partie :

***PREVENTION
DES PROBLEMES
BUCCO-
DENTAIRES***

III. PREVENTION DES PROBLEMES BUCCO-DENTAIRES

III₁. MOTIVATION AUX REGLES DE PROPHYLAXIE

1. Les conseils face aux problèmes de l'alimentation

L'alimentation des anorexiques et des boulimiques est souvent déséquilibrée et favorise l'apparition d'érosions (31, 47). Ainsi, il est nécessaire d'éduquer ces patients (15, 42, 43, 72). Il faut:

- ◆ leur parler de la cariogénicité des aliments,
- ◆ leur parler des risques liés à l'acidité des aliments dans l'apparition des érosions dentaires,
- ◆ leur conseiller de limiter la prise fréquente de boissons à base de cola, particulièrement acides et sucrées, provoquant érosions et caries (21, 43, 68).
- ◆ mettre en place une surveillance diététique.

Une collaboration avec le médecin nutritionniste sera à envisager (35).

2. L'hygiène orale

a) *Le brossage*

En raison du comportement alimentaire des anorexiques et des boulimiques, l'hygiène, et notamment le brossage, est essentielle (47). Ainsi, l'instruction du brossage doit être intégrée au cours des consultations au cabinet dentaire (47, 68). Il est nécessaire également de prescrire une brosse à dents très souple afin d'éviter les forces abrasives entraînant les récessions et les attritions dues au brossage intensif par comportement excessif (2, 18, 21).

Le dentifrice prescrit doit également être non abrasif afin de diminuer les forces abrasives (21, 68). Davis et Winter, cités par Sundaram et Bartlett, ont en effet montré par une étude que la nature abrasive de la brosse à dents et du dentifrice en présence d'érosions augmente de façon très importante le taux d'usure des dents (73).

De plus, Little préconise l'utilisation d'un dentifrice pour dents sensibles, afin de lutter contre les sensibilités liées aux érosions et aux récessions, comme le *Sensodyne*® (47).

b) Les bains de bouche

Chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire, l'utilisation de bains de bouche est souvent préconisée afin de tamponner l'acidité buccale et ainsi permettre une reminéralisation des lésions initiales (43, 72).

Différentes solutions pourront être utilisées en alternance dont celles à base de fluorures pour la reminéralisation et celle à base de bicarbonate de sodium ou d'hydroxyde de magnésium pour le pouvoir tampon (15, 43, 72).

3. Les fluorures

a) fluorures et érosions dentaires

Selon Milosevic, l'utilisation des fluorures dans les dentifrices, en suppléments fluorés pendant l'enfance ou dans l'eau de boisson baisse le risque d'apparition et d'aggravation des érosions dentaires ainsi que des lésions carieuses (50).

Les fluorures ont pour action d'améliorer la résistance dentaire aux attaques acides et de favoriser la reminéralisation (21). Une forte concentration d'ions fluor a un effet topique sur

l'émail avec une diminution de la dissolution pendant les phases d'érosions (73).

Le Bars et col. préconisent ainsi l'utilisation de bains de bouche à base de tétra-fluorure de titane. Ils espèrent ainsi créer une couche résistante aux érosions à la surface de l'émail (43).

En effet ce type de bains de bouche appliqué sur de l'émail humain le rend plus résistant à l'acide chlorhydrique de l'estomac (73).

b) L'application topique de fluorures

Chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire, la prévention des caries, des érosions et le traitement des sensibilités nécessitent (1, 21, 47, 68, 72):

◆ Un brossage bi-quotidien avec un dentifrice hautement fluoré . Par exemple, Bell et col. préconisent l'utilisation d'un gel fluoré quotidien en brossage d'une concentration de 0,4% (15),

◆ l'utilisation de fluor dans des bains de bouche. Par exemple, Kleir et col. conseillent un rinçage au fluorure de sodium à 0,5% (42),

◆ l'application au cabinet dentaire de vernis fluorés sur toutes les surfaces dentaires 2 à 4 fois par an (21).

Toutes ces mesures ont pour effet d'augmenter la résistance dentaire et de diminuer la sensibilité (15).

III₂. PENDANT LES VOMISSEMENTS : LES GOUTTIERES

Certains auteurs proposent l'utilisation de gouttières en poly-éthylène afin de constituer une barrière contre les régurgitations acides et les vomissements. Ils pensent qu'elles pourraient être mises juste avant les vomissements (43, 73).

Différents produits peuvent être utilisés dans ces gouttières :

◆ Studen-Pavlovih et Elliott proposent l'application de fluorure de sodium comme le *Fluocaril bi-fluoré 2000*, de bicarbonate de sodium ou d'hydroxyde de sodium *gel ®* comme la *Bétadine 10 % solution pour bain de bouche ®* si il n'y a pas d'intolérance à l'iode ou de traitement prolongés à l'iode (72).

◆ Kleir et col., tout comme Bell et col, proposent des solutions à base d'hydroxyde de magnésium réalisées en officine (15, 42).

III₃. APRES LES VOMISSEMENTS

Selon de nombreux auteurs, plusieurs conseils concernant « l'après vomissement » sont à prodiguer :

1. Le brossage

Selon Altshuler, le brossage dentaire après vomissement est déconseillé (1). En effet, l'irritation mécanique et l'étalement des régurgitations acides augmentent le processus d'érosion (1, 21, 31, 68). Shaw et Smith étendent cette interdiction après toute ingestion de produits acides (68).

2. Le rinçage de la cavité buccale

a) A l'eau du robinet

Pour permettre l'élimination du contenu acide de l'estomac après l'induction d'un vomissement, le rinçage de la cavité buccale peut se réaliser simplement avec l'eau du robinet (21, 68). Cette méthode est préférable à un brossage afin d'éviter d'aggraver les érosions (72).

b) L'eau minérale alcaline

L'eau minérale alcaline peut également être utilisée en rinçage de la cavité buccale après les vomissements dans le but d'éliminer l'acide chlorhydrique de l'estomac et de neutraliser l'acidité de son pH (42, 61). Les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire pourront par exemple utiliser l'eau *Thonon*®, *Chantereine*® ou *Evian*®.

c) Les bains de bouche

Plusieurs types de bains de bouche sont proposés afin de rincer la cavité buccale à la suite de vomissements (15, 18, 26, 68, 72):

◆ Les bains de bouche fluorés avec les solutions à base de fluorure de sodium au pH neutre à concentration de 0,5 à 2%, comme par exemple le *Bifluorid*® ou le *Fluocaril bifluoré*® en solution buccale,

◆ Les bains de bouche à base d'hydroxyde de magnésium,

◆ Les bains de bouche à base de bicarbonate de sodium comme le *Glyco-Thymoline 55* ® en solution buccale.

3. Les chewing-gum au xylitol

a) Les rôles du xylitol

Après les vomissements, Sundaram et Bartlett préconisent la prise d'un chewing gum au xylitol pour minimiser le risque d'érosions comme le *Fluogum sans sucre* ® sous forme de gomme à mâcher (73).

Le xylitol a en effet trois actions (73) :

- ◆ il est bactériostatique et a donc une action anti-carie,
- ◆ il forme un complexe avec l'ion calcium lui permettant de pénétrer dans les déminéralisations amélaire et ainsi de renforcer l'émail,
- ◆ il a un effet additif avec le fluor dans la réduction des érosions (73).

b) Influence sur la sécrétion salivaire

La consommation de chewing gum permet d'augmenter la sécrétion salivaire (15, 26, 61). La salive, avec sa forte concentration en calcium et en phosphate, inhibe la déminéralisation des structures dentaires (21). Cette action est augmentée par son action de dilution de l'acidité (73). Sundaram et Bartlett vont jusqu'à parler d'une reminéralisation des érosions dentaires et des caries grâce à l'augmentation de calcium, phosphates et ions hydroxyl due à la consommation de chewing-gum (73).

4. Les conseils alimentaires

Sundaram et Bartlett conseillent de consommer du fromage et des produits laitiers après les vomissements (72, 73). Ceux-ci permettent de neutraliser le pH, de stimuler la sécrétion salivaire et d'apporter du calcium et du phosphate nécessaires à la reminéralisation, et apportent une barrière chimique (21, 73).

Néanmoins ces mesures semblent difficilement applicables chez des patients souffrant de troubles du comportement

alimentaire. En effet consommeront-ils des aliments après s'être fait vomir pour en éliminer ? (73).

Le fromage et le lait doivent également être évoqués lors des conseils diététiques à la fin des repas afin d'éviter de terminer avec des aliments acide aggravant les érosions (26, 68).

III.4. LES TRAITEMENTS PALLIATIFS

1. La salive artificielle

a) Pourquoi

◆ La diminution de la sécrétion salivaire

Chez les anorexiques et les boulimiques, la sécrétion salivaire diminue (31, 26, 72). Cette baisse est causée par l'abus de diurétiques, par la prise de médicaments tels que les antidépresseurs et par le déficit en vitamines (31, 26, 72). Elle entraîne une déshydratation (31, 26, 72). Il est donc nécessaire de la prévenir afin de combattre la xérostomie (26).

◆ La dégradation des glandes salivaires

Le déséquilibre de la balance électrolytique ainsi que la stimulation rapide, massive lors des ingestions importantes de nourriture et lors des vomissements conduisent à une altération et une destruction progressive des glandes salivaires, notamment des parotides (61, 72). Il en résulte une fibrose non inflammatoire, une augmentation de la taille des acini et des inclusions graisseuses (72). Tout ceci conduit inexorablement à une xérostomie importante (78).

b) Comment

L'utilisation de salive artificielle est conseillée afin de lutter contre la sensation de bouche sèche, la sécheresse de la langue, des lèvres, les craquelures et les brûlures (26, 42). Pour stimuler la sécrétion salivaire, il peut y être ajoutée la consommation de gommes sans sucre (42, 61).

2. Les suppléments vitaminés

Selon Harrison et col., la prescription de suppléments de vitamines sont importants chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire (31). Les carences en vitamines résultant du déséquilibre nutritionnel se manifestent d'ailleurs au niveau de la sphère buccale par des saignements (31).

Cependant, lors de la prescription de compléments vitaminés, il est nécessaire de prendre garde à la consommation excessive de vitamine C. En effet, selon Shaw et Smith, celle-ci, de par son acidité, est un facteur aggravant des érosions (68). Sa prescription n'est pas contre indiquée mais il faut éviter les formes galéniques type tablettes effervescentes (68).

Quatrième partie :

TRAITEMENTS

BUCCO-DENTAIRES

ET SUIVI

IV. TRAITEMENTS BUCCO-DENTAIRES ET SUIVI

IV₁. QUAND FAUT-IL ENVISAGER ET ENTREPRENDRE UN TRAITEMENT ?

Chez un patient souffrant de troubles du comportement alimentaire, les données de la littérature sont contradictoires quant au moment où un traitement bucco-dentaire est à envisager.

Selon Altshuler et col, le traitement visant à restaurer les fonctions et l'esthétique de la cavité buccale afin de retrouver les fonctions masticatoires et l'esthétique n'est pas une priorité (1). D'autre part, plusieurs auteurs recommandent de réaliser uniquement les soins d'urgence et de reporter les restaurations dentaires globales à la guérison (42, 56, 70). Ils estiment que la seule priorité est le traitement des douleurs sévères (1).

- Little préconise pour les anorexiques d'attendre la reprise de poids et pour les boulimiques l'arrêt des vomissements (47).

- Studen-Pavlovich considère le patient niant l'existence de ses troubles du comportement alimentaire comme « un mauvais candidat au traitement définitif » (72). Il préfère se restreindre au traitement palliatif jusqu'à la disparition complète des symptômes de la maladie (72).

D'autre part Hazelton et col. font un lien entre les traitements bucco-dentaires et la santé mentale du patient (34). Le traitement définitif ne doit être réalisé non seulement qu'après l'arrêt des vomissements mais également qu'après stabilisation de l'état psychologique du patient obtenue par une psychothérapie (34). Evoquant cette nécessité de différer la reconstruction dentaire, De groot parle de « temporisation » (18).

Enfin, d'autres auteurs préconisent un traitement rapide des problèmes bucco-dentaires :

- Rojtkop estime que les restaurations définitives en composite doivent être réalisées immédiatement, non seulement pour diminuer les sensibilités mais également pour restituer l'esthétisme (61).

- De plus, Bell et col. considèrent les traitements positifs sur le plan psychologique (15). Même s'il est préférable sur le plan dentaire de différer la réalisation de restaurations définitives, le début du plan de traitement peut être hâté pour le bien être psychologique du patient (15).

- Enfin, Robb et Smith évoquent également ce compromis mais uniquement pour les restaurations des secteurs antérieurs (58).

IV₂. LE TRAITEMENT BUCCO-DENTAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

Le traitement bucco-dentaire doit s'intégrer dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient. Il doit être réalisé en concomitance avec une approche médicale, psychologique, nutritionnelle et pharmacologique (26 , 77).

Le chirurgien-dentiste doit prendre contact avec les médecins et les psychiatres afin de connaître l'évolution de la pathologie de son patient et les phases du traitement (6). Pour les anorexiques il faudra s'informer de la ré-alimentation, de la prise de poids planifiée, de la pose éventuelle d'une sonde gastrique et du contrat de poids passé avec le patient (3). Pour les boulimiques il faudra connaître le type de psychothérapie mise en place ainsi que le régime (3). Ces informations nous permettent de mettre en place un traitement global et cohérent entre les différents soignants.

Le chirurgien-dentiste doit également considérer les risques liés à l'état de santé des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire :□

□

◆ Les risques d'accidents hypoglycémiques

Le stress du traitement dentaire ajouté aux carences, notamment lors des troubles de type restrictif, est susceptible

d'entraîner des malaises de type hypoglycémique avec palpitations cardiaques et perte de connaissance (72). Par conséquent, il est nécessaire de conseiller au patient de prendre un repas avant tout soin et d'avoir à sa disposition du sucre ou du jus d'orange (72).

◆ Les risques liés au prolapsus valvulaire mitral

Le prolapsus valvulaire mitral est une des conséquences cardio-vasculaires de l'anorexie mentale (2, 72). Ce risque est à prendre en compte lors des traitements (72). Le recours à une consultation chez un cardiologue peut s'avérer nécessaire afin de déterminer si le protocole d'Osler s'applique.

◆ Les risques liés à l'immunodépression

Les carences alimentaires et l'amaigrissement des anorexiques les conduisent à l'installation d'une immunodépression (18). Il s'avère alors nécessaire de se renseigner auprès du médecin traitant, selon les soins, afin de mettre en place une antibioprophylaxie.

□

Il semble également utile d'informer les médecins. Les conséquences bucco-dentaires de ces maladies sont en effet peu connues (69).

Il s'agit d'une réelle collaboration pluridisciplinaire avec la mise en place d'une équipe de santé (28, 46).

IV₃. LES SOINS CONSERVATEURS

1. Les matériaux à notre disposition

Pour restaurer les lésions carieuses et les érosions, le chirurgien-dentiste pourra utiliser :

◆ l'amalgame : essentiellement pour la restauration des secteurs postérieurs quand l'hygiène est insuffisante (29),

◆ les matériaux adhésifs : composites et ciments verres ionomères qui seront appliqués dans les secteurs antérieurs pour des raisons esthétiques et dans les secteurs postérieurs pour les cavités de petite taille si l'hygiène est bonne (29).

2. Les traitements endodontiques

Après l'arrêt des symptômes de troubles du comportement alimentaire, les traitements endodontiques, lors de souffrance pulpaire ou pour raison prothétique, sont envisageables (47). Ils peuvent être réalisés toutefois au cours

de la phase active de la maladie en cas de pulpite symptomatique. Si ils sont indiqués, ceux-ci doivent être performants car le suivi de ces patients est parfois difficile (31).

IV₄. LES SOINS PROTHETIQUES

Face aux troubles du comportement alimentaire, la réhabilitation de la cavité buccale est souvent d'une grande complexité.

1. La prothèse fixée

a. Les étapes préalables

◆ Restauration de la dimension verticale d'occlusion

Lorsque les érosions sont importantes et touchent les secteurs postérieurs, la restauration de la dimension verticale s'avère nécessaire (72).

Selon Studen-Pavlovich, cette réhabilitation occlusale passe par une reconstitution complète par des prothèses fixées (72).

A la suite des empreintes primaires, la dimension verticale est déterminée (12). Les modèles sont ensuite montés sur articulateur puis des cires de diagnostic ou « wax-up » sont

élaborées (12, 42). A partir de celles-ci, le laboratoire réalise des couronnes provisoires (42).

La dimension verticale est alors restaurée par des prothèses provisoires pendant douze semaines puis, si elle est validée, de façon définitive par une reconstruction prothétique définitive (12).

◆ *Les restaurations provisoires*

Les prothèses provisoires ont pour objectif de remettre la réalisation des restaurations définitives à la guérison du trouble du comportement alimentaire (18). Il est nécessaire dans un premier temps de protéger les dents à l'aide de reconstitutions provisoires, des attaques acides du contenu gastrique (18).

Les reconstitutions provisoires permettent également de protéger les dents en attendant de réaliser les traitements canalaires puis les inlay-cores si nécessaire (12).

◆ *Les inlay-cores*

Lorsque les érosions sont importantes et que la pulpe est atteinte, un inlay-core est réalisé avec ancrage radiculaire à la suite du traitement endodontique (12, 47).

b. Les différents types de prothèse fixée à notre disposition

b₁) Les facettes

Hastings propose la réalisation de facettes pour recouvrir les faces linguales ou vestibulaires des dents antérieures (33).

Il s'agit d'une restauration plus difficile à réaliser que les coiffes complètes mais elle favorise une économie tissulaire importante grâce à une préparation à minima (17, 33, 72).

Cette technique permet également d'augmenter la dimension verticale quand celle-ci est diminuée (48).

Les facettes peuvent être réalisées en céramique ou en alliage d'or (17). Ce dernier est préconisé quand l'espace inter occlusal est faible et quand elles ne sont pas esthétiquement visibles (17).

b₂) Les inlays-onlays

Les inlays-onlays permettent de restaurer les cavités nées par les lésions carieuses ou par les érosions des dents postérieures (33).

Leur utilisation permet de restaurer la dimension verticale d'occlusion quand ceci est possible et nécessaire, de protéger la dent des caries et érosions, et de favoriser une économie tissulaire comparativement aux couronnes (33).

Les inlays-onlays peuvent être en céramique, en composite ou en alliage (33).

b₃) Les couronnes

× Les couronnes céramiques collées

Milosevic et Jones préconisent ce type de restauration sur un patient de 26 ans présentant des érosions. Cette solution a été utilisée afin de ne pas dépulper les dents concernées (49).

La mise en œuvre de cette technique impose l'absence de lésions sous-gingivales ou juxta-gingivales (15).

Selon Milosevic et Jones, cette méthode aurait pour avantages de limiter la complexité du traitement et de restreindre le nombre de séances (49, 51).

Les inconvénients sont tout de même nombreux:

◆ Bell et col. posent le problème des limites de ces couronnes collées. Le collage requiert une surface parfaitement asséchée ce qui explique la nécessité de préparer des limites supra gingivales. La base de la dent devient alors une zone à risque érosif et carieux en cas de récurrence des vomissements induits (15).

◆ L'épaulement doit être au moins de un millimètre ce qui en fait une technique particulièrement délabrante (49) .

◆ Le collage est assez incertain car 50% de la lumière est absorbée par la porcelaine lors de la polymérisation (49).

◆ Le risque de fracture de la céramique est assez élevé (49).

✕ Les couronnes céramo-métalliques

Elles pourront être réalisées principalement sur le secteur antérieur pour des raisons esthétiques (26, 42). Bonilla et Luna proposent néanmoins de réaliser ce type de prothèse fixée sur l'ensemble des dents (12).

✕ Les couronnes coulées métalliques

Lebars et col. exposent la possibilité de réaliser des couronnes métalliques lorsque les vomissements ont cessé et la croissance est achevée (43). Celles-ci seront réservées aux secteurs postérieurs (6).

✕ Les bridges et couronnes en extension

Il n'existe pas de contre-indications à la réalisation de bridges ou de couronnes en extension pour compenser les édentements. Ils ne peuvent cependant être réalisés qu'après disparition complète des comportements vomitifs (31).

c. Remarques

◆ *La situation des limites*

Afin de lutter contre la récurrence carieuse ou érosive à la base des dents, Harrisson et col. préconisent la réalisation de couronnes avec des limites sous gingivales (31). Rojtkop estime également que les limites sous gingivales permettent de limiter la dégradation dentaire en cas de reprise des comportements vomitifs (61).

◆ *Le scellement*

Certains auteurs préconisent pour le scellement définitif l'utilisation d'un ciment fluoré afin de renforcer l'émail face aux attaques acides (6).

2. La prothèse à recouvrement dento-muqueux

a) Les indications

Il existe des situations où la réalisation de prothèses fixées et collées est impossible. Lebars et col. citent notamment le patient qui n'a pas cessé les vomissements ou bien l'adolescent en cours de croissance (43). Selon ces auteurs, il est alors possible de réaliser temporairement des prothèses à recouvrement dento-muqueux (43).

b) Les contre indications

Ces techniques semblent pourtant impossibles à réaliser lorsqu'il n'existe pas de piliers dentaires avec une valeur intrinsèque suffisante pour supporter une prothèse amovible (43).

c) Les étapes de réalisation

Le Bars, Amouriq et Hamel exposent le cas d'un patient boulimique de 24 ans sans contrôle des vomissements. Ce dernier présente une diminution de la dimension verticale d'occlusion et une perte importante de substance dentaire au niveau antérieur du maxillaire (43).

◆ Après la prise d'empreintes primaires et le montage en articulateur, une gouttière en résine est réalisée. Elle sera portée lors des vomissements par le patient.

◆ Une fois cette gouttière acceptée, le prothésiste effectue un châssis métallique décolleté, plus rigide et plus solide que la résine.

◆ Le chirurgien-dentiste réalise au fauteuil une empreinte de positionnement du châssis afin d'augmenter la précision de l'adaptation sur les modèles en plâtre.

◆ De la résine chémozépolymérisable est ajoutée sur les surfaces occlusales des molaires et prémolaires du patient afin d'augmenter la dimension verticale d'occlusion. Cela permet de libérer l'espace nécessaire à la restauration des incisives maxillaires.

◆ Des facettes sont alors ajoutées sur l'armature métallique afin de restaurer les incisives. Elles répondent à la demande esthétique du patient.

◆ Un suivi régulier est nécessaire afin de renouveler régulièrement la résine ajoutée sur les faces occlusales des dents postérieures pour compenser l'abrasion.

Cette technique permet de répondre à la demande psychologique et esthétique des patients.

Etant donné sa réversibilité, les traitements classiques de prothèse fixée seront envisagés qu'après guérison du trouble du comportement alimentaire et/ou à la fin de la croissance (43).

IV₄. AUTRES TRAITEMENTS ENVISAGEABLES

1. Les traitements orthodontiques

La régurgitation du contenu gastrique entraîne l'érosion des incisives maxillaires. Cette perte de substance est alors spontanément compensée par l'égression et la mise en encombrement des incisives mandibulaires, aboutissant à un abaissement de la courbe de Spee, lui-même provoquant un close bite (67). La restauration du bloc incisif supérieur devient alors impossible par manque d'espace.

Le comportement vomitif provoque également la traction du maxillaire lors de l'introduction des doigts ou d'un objet pour provoquer les vomissements. Il mène à l'étroitesse du maxillaire (67).

Un traitement d'orthopédie dento-faciale pourra alors être indiqué et entrepris si le patient est coopérant, si un trouble orthodontique est présent et corrigible (67).

2. La chirurgie parodontale de type élongation coronaire

a) Indications

Chez les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, suite aux érosions ou aux lésions carieuses, la hauteur des couronnes dentaires est altérée et la rétention nécessaire à la réalisation prothétique est insuffisante (49). La chirurgie gingivale de type élongation coronaire peut alors être envisagée afin d'augmenter la hauteur coronaire (49).

b) Contre-indications

Parallèlement aux contre-indications d'ordre général, selon Milosevic et Jones, elle n'est pas esthétiquement acceptable dans les secteurs antérieurs et donc contre-indiquée (49). Elle conduit en effet à une augmentation de hauteur de couronne clinique et un décalage de l'alignement des collets (49).

3. Les implants

L'ostéoporose est une des conséquences des troubles du comportement alimentaire. Le lien entre l'ostéoporose systémique et la perte osseuse orale a été établi (54). Pourtant, aucune étude scientifique n'a jusqu'alors contre-indiqué l'utilisation d'implants ostéo-intégrés en cas d'ostéoporose (54). Perno estime au contraire qu'un implant peut aider à maintenir la hauteur et la densité d'os alvéolaire. La pose d'implants est donc un traitement à envisager chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire pour compenser les édentements lorsque les lésions érosives et carieuses ont conduit à la perte des organes dentaires (54).

IV₅. MAINTENANCE ET SUIVI

1. Pourquoi un suivi ?

a) Dépistage des récurrences du trouble du comportement alimentaire

Les contrôles réguliers et fréquents permettent le dépistage des récurrences de vomissements induits (55). Le patient se retrouve face à des encouragements, une oreille amicale, favorisant la découverte de cette possible rechute (55, 74).

Des clés en silicone peuvent être réalisées afin de vérifier les niveaux, comme la position du bord incisif du bloc antérieur. Sa modification signifierait une reprise des vomissements (68).

De plus, les séances de contrôle permettent de vérifier si les conseils d'hygiène et de diététique sont compris et suivis (21, 68).

b) Dépistage des problèmes bucco-dentaires

Les séances de maintenance permettent de vérifier l'absence de récurrences de lésions carieuses, d'érosions ainsi que

l'intégrité des reconstitutions comme les composites, les amalgames, les ciments verres ionomères ou les restaurations prothétiques (12, 21, 42).

c) La motivation

Afin de permettre au patient de constater l'évolution de l'état de sa cavité buccale, le chirurgien-dentiste peut prendre des photographies et effectuer des modèles d'étude (21, 68).

2. La fréquence

Studen-Pavlovich insiste sur la nécessité de la régularité de ces visites (72).

Altshuler et col. estiment que ces contrôles doivent être effectués tous les deux ou trois mois (1).

Selon Luna et Bonilla, une maintenance du traitement prothétique est nécessaire tous les quatre mois la première année afin de vérifier l'hygiène (12, 21).

3. Les applications de fluorures

Les applications fluorées commencées au cours de la phase palliative et préventive doivent continuer après la fin des

soins (1, 72). Elles permettent d'atténuer la susceptibilité de l'émail aux caries et la reminéralisation des caries débutantes (1).

Cinquième partie :

CONCLUSION

V. CONCLUSION

Face à la recrudescence inexorable de l'incidence de troubles du comportement alimentaire et à leur morbidité, les professionnels de santé se forment au dépistage précoce et au traitement des répercussions de ces pathologies.

Le chirurgien-dentiste a à sa disposition des signes buccaux pathognomoniques avec en particulier les érosions ou les hypertrophies des glandes salivaires. Il doit ensuite orienter son patient vers une prise en charge pluridisciplinaire en concomitance avec les traitements bucco-dentaires. Permettant une reprise de confiance en soi en recouvrant le sourire au fil des séances, les soins dentaires font partie intégrante du traitement global du patient (12, 26). Le chirurgien-dentiste a en effet une influence sur l'état psychologique du patient. Il est alors aisé de comprendre la nécessité d'être à son écoute. Ainsi, quel que soit l'âge, le dialogue doit être un de nos soucis permanents.

Si les troubles du comportement alimentaire concernent en effet principalement les adolescents et les jeunes femmes ; les personnes âgées sont également touchées par la dépression et l'anorexie. Ce constat s'explique par la diminution de leur activité, par leur isolement, par la somatisation. Notre attention devra alors être également adaptée et nos soins tout aussi appropriés (14).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ALTSHULER BD.

Anorexia nervosa and bulimia :a review for the dental hygienist.
Dent Hyg 1986;60(10):466-471.

2. ALTSHULER BD.

Eating disorder patients :Recognition and intervention.
J Dent Hyg 1990;64(3):119-125.

3. APFELBAUM M, FORRAT C et NILLUS P.

Diététique et nutrition. 2^{ème} éd.
Paris : Masson, 1989.

4. APFELBAUM M.

La boulimie : une conduite addictive pas comme les autres.
In : APFELBAUM M. Les nouvelles addictions.
Paris : Masson, 1990:106-110.

5. BARADA M.

Anorexie mentale : Etude préliminaire à la validation d'un questionnaire d'habitudes alimentaires.
Thèse : Doctorat en médecine, Nantes, 1985.

6. BARKMEIR WN, PETERSON DS et WOOD LW.

Anorexia nervosa : recognition and management.
J Oral Med 1982;37(2):33-37.

7. BASDEVANT A, LE BARZIC M et GUY-GRAND B.

Comportement alimentaire : du normal au pathologique.
Ardix médical, 1990.

8. BEDI R.

.Dental management of a child with anorexia nervosa who presents with severe tooth erosion.
Eur J Rest Dent 1992;1(1):13-17.

9. BELL RM.

Holy anorexia.

Univ. Chicago Press, 1985.

10. BIANCO R.

Article n°12. Recognition of the eating disorder patient.

Dentistry 1991;2:10-13.

11. BOCHEREAUD, CLERVOY P, CORSOS M et GORARDON N.

L'anorexie mentale de l'adolescente.

Press Méd 1999;28:89-99.

12. BONILLA ED et LUNA O.

Oral rehabilitation of a bulimic patient :a case report.

Quintessence Int 2001;32(6):469-475.

13. BOUQUOT J et SEIME RJ.

Bulimia nervosa: dental perspectives.

Pract Periodont Aesthet Dent 1997;9:655-663.

14. BROCKER et CAPRIZ-RIBIERE.

Anorexie du sujet âgé.

Rev Gériatr 1998,23(2):165-169.

15. BURKE FJ, BELL TJ, ISMAIL N et HARTLEY P.

Bulimia :implications for the practising dentist.

Br Dent J 1996;180(11):421-426.

16. CARNI JD.

The teeth may tell :Dealing with eating disorders in the dentist's office.

Med J Massachusetts Dent Soc 1981;30(2):80-86.

17. DARBAR UR.

The treatment of palatal erosive wear by using oxidized gold veneers : a case report.

Quintessence Int 1994;25(3):195-197.

18. DE GROOT P.

Article n°20. The dentist knows your secret.
TIC 1987;46(3):1-3.

19. FLAMENT M.

La boulimie : évolution des critères diagnostiques et aspects sémiologiques.
In: FLAMENT M. Les nouvelles addictions
Paris: Masson, 1990:74-84.

20. FLAMENT M, JEAMMET P et REMY B.

La boulimie : comprendre et traiter
Paris: Masson, 2002.

21. GANDARA et TRUELOVE.

Diagnosis and management of dental erosion.
J Contemp Dent Pract 1999,1(1):1-17.

22. GARNER DM et GAZRFINKEL PE.

The eating attitudes test :index of the symptoms of anorexia nervosa.
Psychol Med 1979;9:273-279.

23. GARRE JB.

Sémiologie du comportement alimentaire.
Nutrizoom Lettre Inf Nutr Nestlé 2002;10:2-6.

24. GODART, PERDEREAU, FLAMENT et JEAMMET.

La famille des patients souffrant d'anorexie ou de boulimie.
Ann Med Interne 2002;153(6):369-372.

25. GOHIER B et GARRE JB.

La restriction alimentaire chez le sujet déprimé.
Nutrizoom Lettre Inf Nutr Nestlé 2001;8:6.

26. GROSS, BROUGH et RANDOLPH.

Eating disorders : anorexia and bulimia nervosas.
J Dent Child 1986;60(10):466-471.

27. GUILLEMOT A et LAXENAIRE M.

Anorexie mentale et boulimie : le poids de la culture.
Paris : Masson ,1993.

28. GURENLIAN JR.

Eating disorders.
J Dent Hyg 2002;**76**(3):219-234;Quiz 236-237.

29. HAMEL H, POUEZAT JA et BOHNE W.

Syllabus d'odontologie préventive et conservatrice, Tome I.
Nantes : Université de Nantes, 1998-99.

30. HAMEL H, POUEZAT JA et BOHNE W.

Syllabus d'odontologie préventive et conservatrice, Tome II.
Nantes : Université de Nantes, 1998-99.

31. HARRISON JL, GEORGE AL et CHEATHAM JL.

Dental effects & managements of bulimia nervosa.
Gen Dent 1985;**33**:65-68.

32. HASEGAWA TK.

Confidentiality for an eating disorders patient ?
Texas Dent J 1995;**112**(11):72-75.

33. HASTINGS JH.

Conservative restoration of function and aesthetics in a bulimic patient :a case report.
Pract Periodont Aesthet Dent 1996;**8**(8):729-736.

34. HAZELTON LR et FAINE MP.

Diagnosis and dental management of eating disorder patients.
Int J Prosthodont 1996;**9**(1):65-73.

35. HOWAT PM et WAMPOLD RL.

The effectiveness of a dental/dietitian team in the assessment of bulimic dental health
J Diet Assoc 1990;**90**(8):1099-1102.

36. HENDERSON M et FREEMAN CPL.

Questionnaire

Br J Psychiatr 1987;150:18-24.

37. IMFELD

Dental erosions : définitions, classifications and links.

Eur J Oral Sci 1996;104:151-155.

38. JEFFCOAT MJ, GEURS N et PERNO M.

Oral bone loss, Ostéoporosis, and preterm birth : what do we tell our patient now ?

Compendium 2001;22(1):22-27.

39. JOHSON CD, CUNNINGHAM J et SULLIVAN CC.

A case report : recognizing factitious injuries second to multiple eating disorders.

J Gt Houst Dent Soc 1999;70(8):14-16.

40. JONES RRH et CLEATOON-JONES P.

Depth and area of dental erosions, and dental caries, in bulimic women

J Dent Res 1989;68(8):1275-1278.

41. JOUVENT-VINDREAU C.

Boulimie et médicaments : des toxicomanies associées aux traitements psychotropes.

In : JOUVENT-VINDREAU C. Les nouvelles addictions.

Paris : Masson, 1990:128-138.

42. KLEIR, ARAGON et AVERBACH.

Dental management of the chronic vomiting patient.

J Am Dent Assoc 1984;108:618-621.

43. LE BARS P, AMOURIQ Y et HAMEL L.

Traitement prothétique d'un patient anoréxique - boulimique.

Clinic 2001;22(5):299-304.

44. LEDOUX S.

Troubles des conduites alimentaires et dépressivité à l'adolescence : étude épidémiologique sur 3300 adolescents français.

In : LEDOUX S. Les nouvelles addictions.

Paris : Masson, 1990:67-73.

45. LESSOURD B.

L'anorexie chez les personnes âgées.

Nutrizoom Lettre Inf Nutr Nestlé 2001;8:2-4.

46. LEVINSON NA.

Anorexia and bulimia : Eating functions gone awry.

N.Y.Y.Dent 1986;56(3):90-94.

47. LITTLE JW.

Eating disorders : dental implication.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;93(2):138-143.

48. Mc LUNDIE AC.

Localised palatal tooth surface loss and its treatment with porcelain laminates.

Rest Dent 1991;7(2):43-44.

49. MILOSEVIC A et JONES C.

Use of resin-bonded ceramic crowns in a bulimic patient with severe tooth erosion.

Quintessence Int 1996;27(2):123-127.

50. MILOSEVIC A, BRODIE DA et SLADE PD.

Dental erosion, oral hygien, and nutrition in eating disorders.

Int J Eating Dis 1997;21(2):195-199.

51. MILOSEVIC A.

Eating disorders and the dentist.

Br Dent J 1999;186(3):109-113.

52. NUNN J, SHAW L et SMITH A.

Tooth wear dental erosion.

Br Dent J 1996;180:349-352.

53. O'REILLY RL, O'RIORDAN JW et GREENWOOD AM.

Orthodontic abnormalities in patient with eating disorders.

Int Dent J 1991;41(4):212-216.

54. PERNO M.

The dental hygienist : our role in women's health - management of the female client.

Compendium 2001;22(1):39-47.

55. RENSHAW DC.

Dentists and bulimia/anorexia nervosa "Dentists can detect early signs, symptoms".

Pennsylvania Dent 1985;52(4):20-21.

56. RIGAUD D.

L'anorexie mentale en pratique.

Nutrizoom Lettre Inf Nutr Nestlé 2002a;10:7-8.

57. RIGAUD D.

La boulimie en pratique.

Nutrizoom Lettre Inf Nutr Nestlé 2002b;10:8-9.

58. ROBB ND et SMITH BGN.

Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders) :conditions of interest for the dental practitioner.

J Dent 1996;24(1/2):7-16.

59. ROBB ND SMITH BGN et GEIDRYS-LEEPER E.

The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders.

Br DentJ 1995;178:171-175.

60. ROBERTS MW et LI SH.

Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa : a study of 47 cases.
J Am Dent Assoc 1987;115:407-410.

61. ROJTKOP DAJ.

Article n°10. El rol de la odontologia frente a los casos de bulimia y anorexia.

RAOA 1990;78(2):117-119.

62. RUSSEL GFM.

Métamorphose de l'anorexie nerveuse et implications pour la prévention des troubles du comportement alimentaire,

In :RUSSEL GFM. Les nouvelles addictions.

Paris : Masson, 1990:57-66.

63. SANS AUTEUR

Anorexie mentale : la piste génétique

In : La Voix du Nord; 16 août 2002.

64. SANS AUTEUR

Code de déontologie des chirurgiens dentistes.

65. SCHMIDT U et TREASURE J.

Eating disorders and the dental practitioner.

Eur J Prosthodont Rest Dent 1997;5(4):161-167.

66. SCHMIDT U et TREASURE J.

La boulimie : s'en sortir (re)pas à(près) (re)pas.

Ed. Estem, 1998.

67. SHAW L.

Orthodontic/prosthetic treatment of enamel erosion resulting from bulimia : a case report.

J Am Dent Assoc 1994;125(2):188-190.

68. SHAW L et SMITH AJ.

Dental erosion-The problem and some practical solutions.
Br Dent J 1998;186(3):115-118

69. SIMMONS MS, GRAYDEN SK et MITCHELL JE.

the need for psychiatric-dental liaison in the treatment of bulimia.
Am J Psychiatr 1986;143:783-784.

70. SPROULS SL.

A look at anorexia nervosa and bulimia.
Team Work 1996;9(3):24-29.

71. STEINBERG BJ.

Women's oral health.
Compendium 2001;22(1):7-12.

72. STUDEN- PAVLOVICH D et ELLIOTT MA.

Eating disorders in women's oral health.
Dent Clin North Am 2001;45(3):491-511.

73. SUNDARAM G et BARTLETT D.

Preventative measures for bulimic patients with dental erosions
Eur J Prosthodont Rest Dent 2001 ;9(1):138-143.

74. TOLSTRUP K.

Le concept d'addiction alimentaire : application au traitement des troubles alimentaires graves.
In : TOLSTRUP K. Les nouvelles addictions.
Paris : Masson, 1990:67-73.

75. VALLEUR M et MATYSIAK J.C.

Les addictions.
Paris: Armand Collin ,2002.

76. VINDREAU C et HARDY P.

Les conduites boulimiques.
Encycl Med Chir (Paris), psychiatrie, 37144A10, 1987, 11.

77. WALDMAN HB.

Is your next patient pré-anorexic or pré-bulimic ?

ASDC J Dent Child 1998;65(1):52-56.

78. ZAKRZEWSKA J M.

Women as dental patients : are there any gender differences ?

Int Dent J 1996;46(6):548-557.

VICQ (Anne-Sophie).-Prise en charge et traitements bucco-dentaires des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.-117p.,30cm.-(Thèse: Chir. Dent. : Nantes; 2004; 28)

Dans les pays industrialisés, les troubles du comportement alimentaire sont en recrudescence, notamment chez les jeunes femmes. Les facteurs étiologiques, les signes psychiques et les signes physiques sont bien identifiés par le corps médical. Le chirurgien-dentiste doit être capable, à partir de ces manifestations et de l'apparition de certains problèmes bucco-dentaires pathognomoniques, de dépister l'anorexie ou la boulimie. Cependant, le dépistage n'est qu'une étape de la prise en charge : s'en suit une approche précautionneuse du patient et une orientation vers les spécialistes. Le traitement bucco-dentaire préventif et curatif ainsi que le suivi devront faire partie intégrante de la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients.

Rubrique de classement : PÉDODONTIE

Mots-Clés : Anorexie
Boulimie
Diagnostic
Traitement
Maintenance

Mots-Clés anglais : ANOREXIA
BULIMIA
DIAGNOSIS
TREATMENT
MAINTENANCE

Président : Madame le Professeur Christine FRAYSSÉ
Assesseurs : Monsieur le Professeur Luc HAMEL
Monsieur le Docteur Pierre LE BARS
Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
Madame le Docteur Sérénia LOPEZ-CAZAUX