

Soins bucco-dentaires et chirurgie bariatrique : une nécessaire synergie

PARTIE 1. LES FAITS



Dr Jean-Noël Vergnes

MCU-PH, UFR odontologie de Toulouse, CHU de Toulouse

La relation entre obésité et problèmes bucco-dentaires est complexe. Elle l'est encore plus lorsque l'on considère les effets croisés de leur traitement. De nombreuses études décrivent différents mécanismes liant l'obésité aux problèmes bucco-dentaires, mais peu proposent des synthèses globales, pourtant utiles dans la conception de parcours personnalisés de patients. Le but de cet article est de proposer une telle synthèse, à travers quatre scénarii de co-occurrence d'obésité et de problèmes bucco-dentaires :

- 1) en l'absence de traitements,
- 2) avec des traitements bucco-dentaires seulement,
- 3) avec une chirurgie bariatrique seulement,
- 4) avec une coordination entre la chirurgie bariatrique et les traitements bucco-dentaires.

Scénario 1 : en l'absence de traitements (Fig. 1)

Des contextes environnementaux et biopsychosociaux défavorables entraînent l'apparition de troubles de l'alimentation (alimentation riche en glucides, grignotage, portions importantes, etc.). Ces troubles de l'alimentation ont des effets négatifs à la fois sur l'obésité et sur différents types de problèmes bucco-dentaires (maladie carieuse et douleurs dentaires, érosion, attrition, parodontite, édentements, diminution de la fonction masticatoire).

En addition de la co-occurrence de l'obésité et des problèmes bucco-dentaires émerge une relation causale bi-directionnelle, venant auto-entretenir ces phénomènes pathologiques.

L'obésité augmente le risque de problèmes dentaires

L'obésité en elle-même augmente le risque de problèmes dentaires, via des mécanismes se déployant sur plusieurs niveaux. Par exemple, au niveau biologique, des études indiquent que la perturbation des mécanismes de l'inflammation liée à l'obésité aggrave les maladies parodontales (1). D'autres mécanismes biologiques ont été décrits (2, 3). L'obésité est associée

au bruxisme (4), et la diminution de l'estime de soi liée au surpoids semble aller de pair avec un contrôle de plaque dentaire insuffisant (5). Au niveau social, les personnes obèses pourraient avoir des difficultés d'accès aux soins dentaires (6).

Des problèmes bucco-dentaires participent à l'entretien de l'obésité

Dans une moindre mesure, il est aussi probable que certains problèmes bucco-dentaires participent à l'entretien de l'obésité. Le mécanisme principal réside sans doute dans la modification quantitative et qualitative du bol alimentaire, induite par la douleur dentaire et/ou par les édentements. En effet, l'édentement favorise une alimentation molle et rapide ("tachyphagie") par difficulté de mastication (7), mais aussi par une perturbation des mécanismes de satiété partiellement régulés par les récepteurs desmodontaux (8). Enfin, la parodontite (dysbiose de l'écosystème bactérien oral) ainsi que le relargage dans la circulation systémique de médiateurs de l'inflammation observée dans cette maladie (9) entretiennent un phénomène d'inflammation chronique ne pouvant qu'aggraver l'obésité.

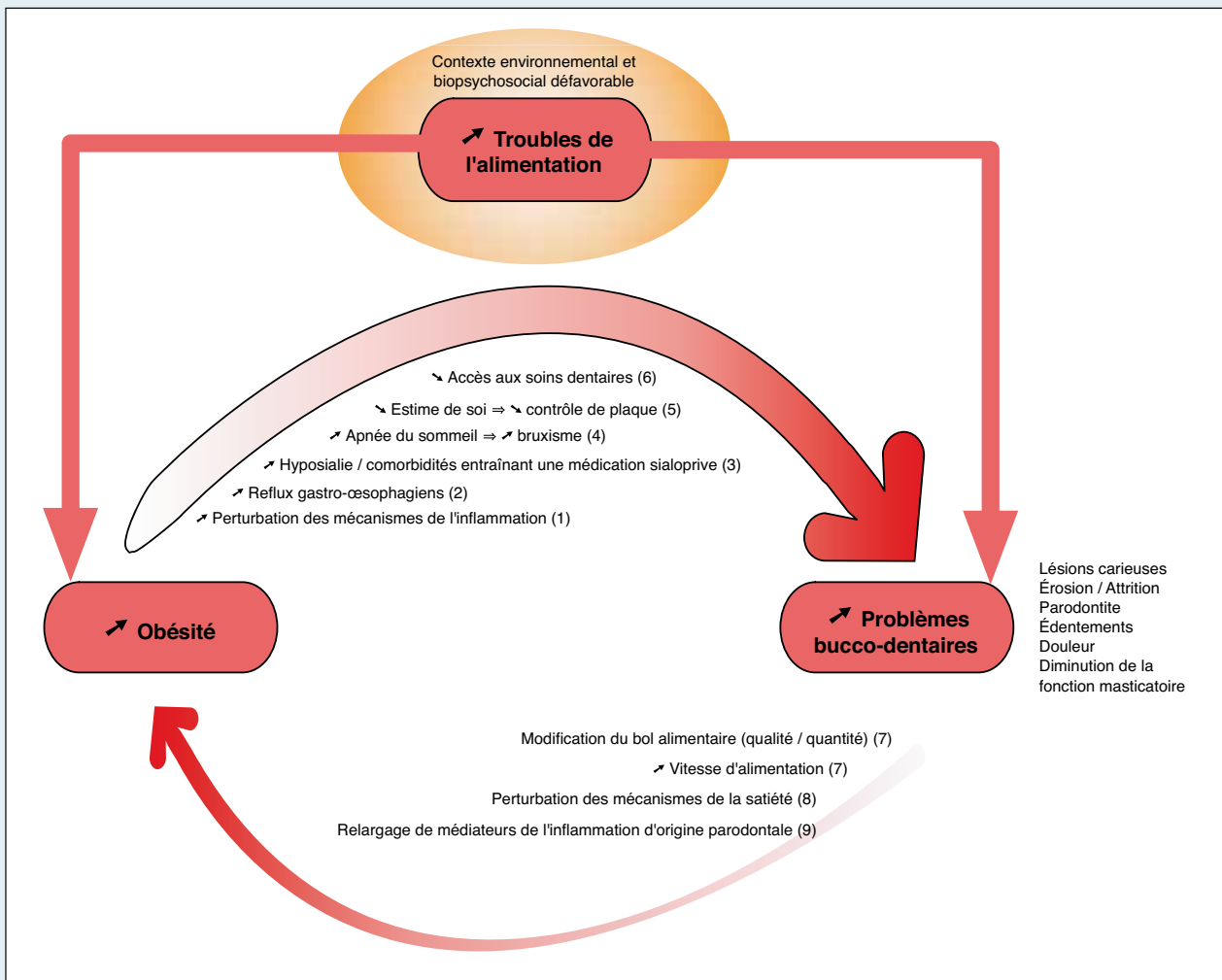


Figure 1

Co-occurrence d'obésité et de problèmes bucco-dentaires - Scénario 1 : en l'absence de traitements.

Scénario 2 : avec des traitements bucco-dentaires seulement (Fig. 2)

L'impact positif des soins bucco-dentaires chez la personne obèse se limite essentiellement à la sphère oro-faciale pour trois raisons.

- L'action thérapeutique du chirurgien-dentiste est confinée à la cavité buccale, avec une nette prédominance opératoire liée aux spécificités d'exercice de la chirurgie dentaire.
- Lorsqu'ils sont délivrés, les

conseils nutritionnels délivrés par le chirurgien-dentiste sont orientés vers la préservation des tissus dentaires (réduction de l'alimentation sucrée, molle et acide, évitement des grignotages, etc.). Ils ne prennent pas la forme de bilans diététiques généraux ou d'éducation thérapeutique personnalisée.

- Les soins dentaires et la réhabilitation prothétique, même complète, n'ont qu'un effet positif très modeste sur l'obésité, lorsque celle-ci n'est pas traitée par ailleurs

(les facteurs de risque bucco-dentaires liés à l'obésité restant souvent largement défavorables).

Dans ce scénario, le risque d'évolution défavorable de l'état bucco-dentaire est important.

Cela peut se traduire par des récurrences de lésions carieuses, par la perte de dents suite à l'évolution d'une maladie parodontale, ou encore par la perte de prothèses, qui se fracturent ou ne sont plus supportées par des dents assez solides.

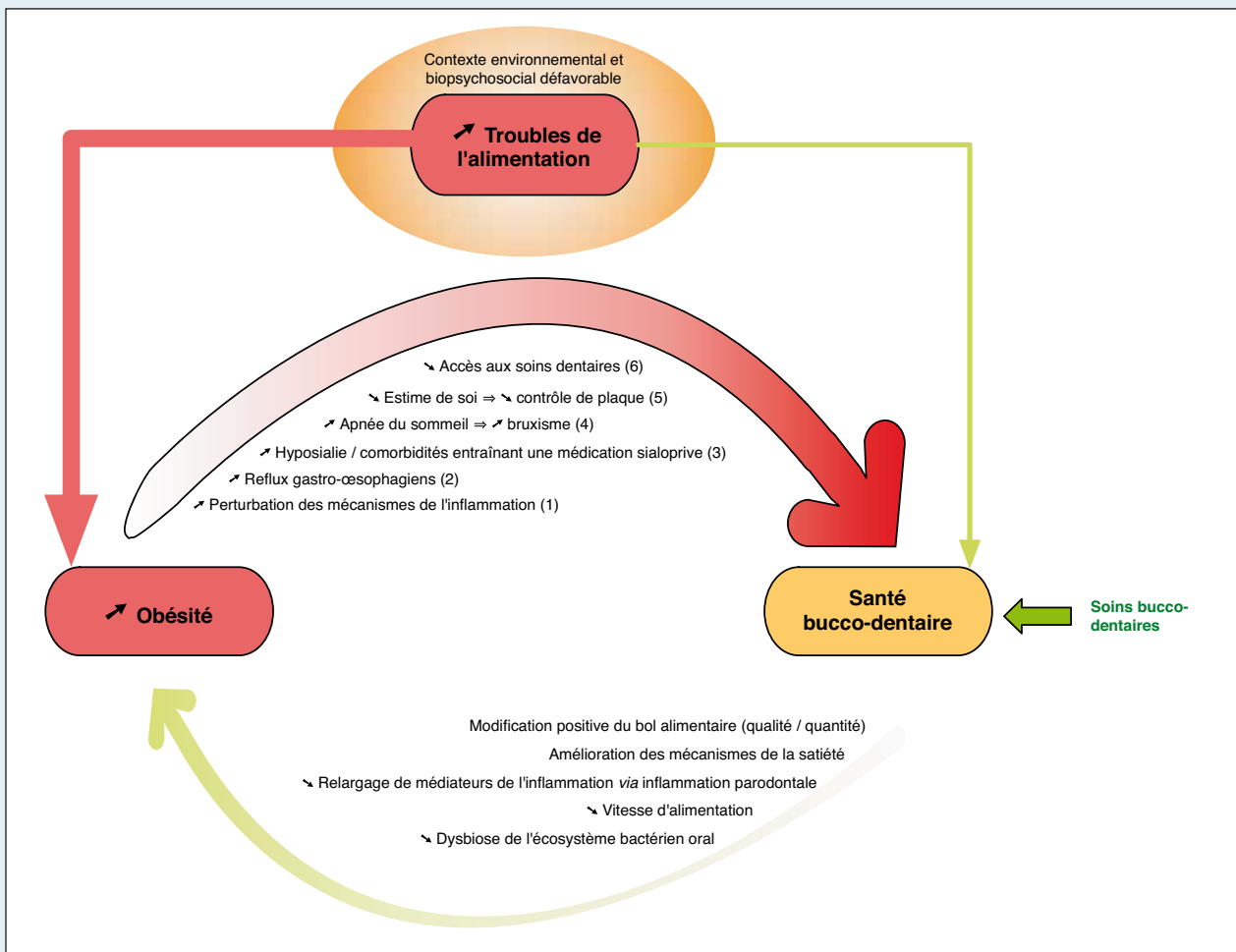


Figure 2

Co-occurrence d'obésité et de problèmes bucco-dentaires - Scénario 2 : avec des traitements bucco-dentaires seulement.

Scénario 3 : avec une chirurgie bariatrique seulement (Fig. 3)

La modification des habitudes alimentaires ne suffit pas

La chirurgie bariatrique s'accompagne de bilans nutritionnels et d'éducation thérapeutique pouvant avoir des effets positifs sur la santé bucco-dentaire. Mais ces effets sont minimes, car des problèmes bucco-dentaires non traités ne se résolvent pas par la seule modification des habitudes alimentaires.

Un risque de limitation de l'effet thérapeutique de la chirurgie bariatrique non négligeable

De plus, le risque que des problèmes bucco-dentaires non traités limite l'effet thérapeutique de la chirurgie bariatrique n'est pas négligeable.

• Premièrement, **certains problèmes bucco-dentaires empêchent le respect des conseils nutritionnels post-opératoires**. Par exemple, la possibilité d'une mastication lente et efficace est réduite par la présence d'édentements non (ou mal) compensés.

C'est d'ailleurs pourquoi la consultation chez le dentiste est habituellement indiquée avant une chirurgie bariatrique, avec une « *évaluation du coefficient masticatoire* ».

• Deuxièmement, **certains facteurs de risques bucco-dentaires liés à l'obésité peuvent perdurer suite à la chirurgie bariatrique** (accès aux soins dentaires, hyposialie, perturbation des mécanismes de l'inflammation, etc).

• De surcroît, **la chirurgie bariatrique induit des modifications défavorables pour la santé bucco-dentaire**.

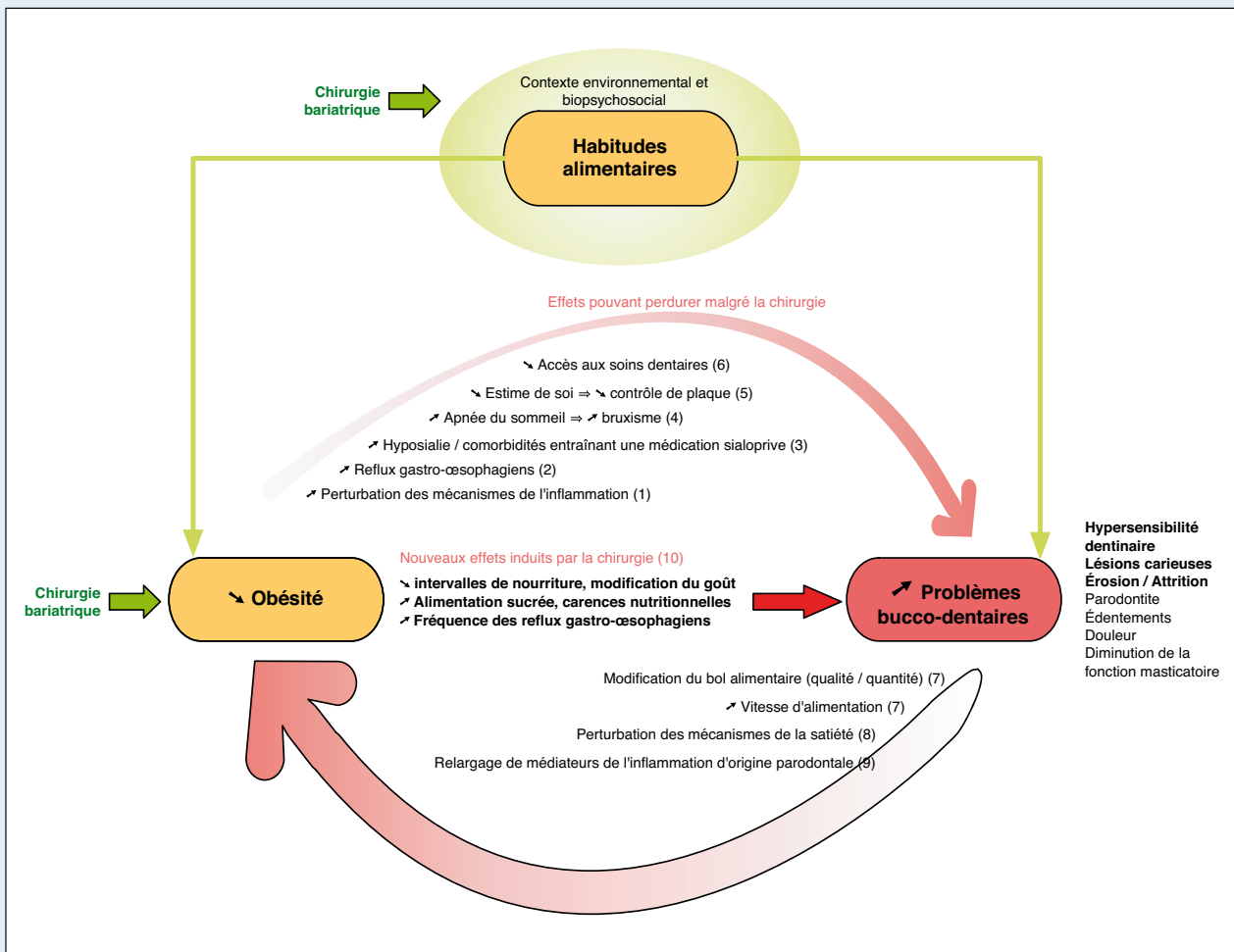


Figure 3

Co-occurrence d'obésité et de problèmes bucco-dentaires - Scénario 3 : avec une chirurgie bariatrique seulement.

De nombreuses études ont en effet montré une augmentation de la consommation de nourriture à intervalles plus courts, des modifications du goût, des carences nutritionnelles, et une augmentation des reflux gastro-œsophagiens (10).

Tous ces facteurs participent à la détérioration de l'état de santé bucco-dentaire. Dans ce scénario, il est fort probable que l'influence d'un mauvais état de santé bucco-dentaire sur l'état de santé général prenne des proportions plus

importantes qu'habituellement. En effet, la fonction digestive peut être particulièrement affaiblie par les problèmes bucco-dentaires et les conséquences de la chirurgie bariatrique, avec installation d'un effet de spirale négative difficile à maîtriser.

Scénario 4 : avec une coordination entre la chirurgie bariatrique et les traitements bucco-dentaires (Fig. 4)

• Le bilan nutritionnel et les

séances d'éducation thérapeutique menés en équipe pluridisciplinaire (médicale et dentaire) potentialisent les effets bénéfiques à la fois sur l'obésité et sur la santé bucco-dentaire.

• Les effets négatifs de l'obésité et de la chirurgie bariatrique sur la santé bucco-dentaire sont anticipés et maîtrisés par le suivi bucco-dentaire.

• La réhabilitation de la cavité orale et les soins bucco-dentaires vont dans le sens des impératifs physiologiques imposés par la

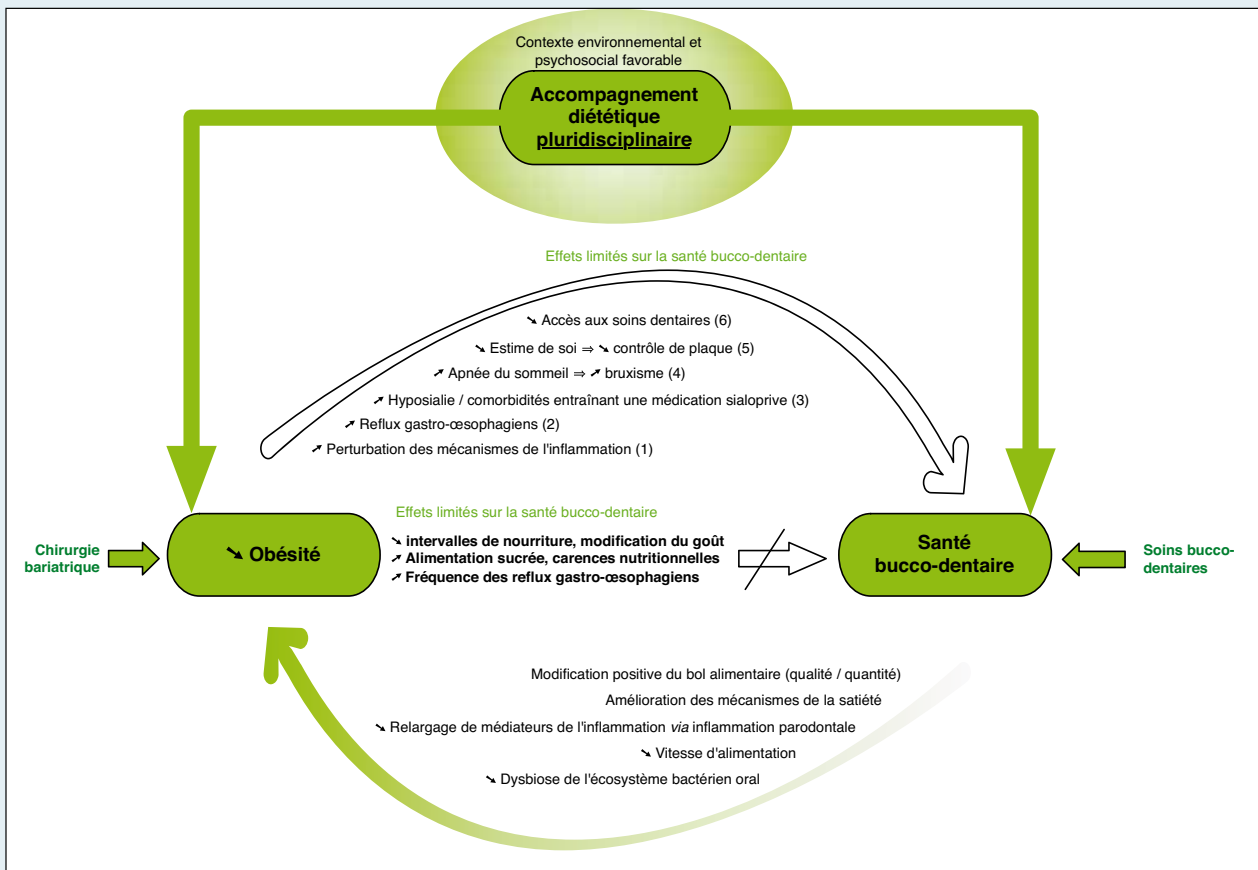


Figure 4

Co-occurrence d'obésité et de problèmes bucco-dentaires - Scénario 4 : avec une coordination entre la chirurgie bariatrique et les traitements bucco-dentaires.

chirurgie bariatrique, et potentialisent donc ses effets.

Dans ce scénario, le maximum est entrepris pour adapter la fonction digestive à la nouvelle situation physiologique induite par la chirurgie bariatrique. La complémentarité des trois niveaux d'intervention (éducation thérapeutique mutualisée, chirurgie bariatrique et soins bucco-dentaires) agit comme une spirale positive.

Conclusion

L'organisation du parcours de soins bucco-dentaires autour des

unités de chirurgie bariatrique devrait inclure une collaboration étroite avec les professionnels de la santé bucco-dentaire. En effet, la démarche à réaliser, hautement personnalisée, va bien au-delà d'un simple adressage pour « vérifier le bon état dentaire ». La séparation des spécialités médicales et dentaires ne devrait pas faire oublier le rôle fonctionnel de la cavité buccale dans la digestion.

Un effort de sensibilisation des chirurgiens-dentistes est également souhaitable afin d'orienter leurs décisions thérapeutiques en fonction des impératifs liés à la chirurgie bariatrique. D'ailleurs,

la prise en compte des spécificités des patients obèses est une discipline émergente en odontologie : la « dentisterie bariatrique ».

Retrouvez la deuxième partie « Recommandations pratiques » dans le prochain numéro de *Diabète & Obésité*.

* L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le sujet de cet article.

Mots-clés :

Soins bucco-dentaires, Chirurgie bariatrique, Obésité, Éducation thérapeutique, Conseils nutritionnels



Bibliographie

1. Arboleda S, Vargas M, Losada S, Pinto A. Review of obesity and periodontitis: an epidemiological view. *Br Dent J* 2019 ; 227 : 235-9.
2. Castilho AVSS, Foratori-Junior GA, Sales-Peres SH de C. Bariatric surgery impact on gastroesophageal reflux and dental wear: a systematic review. *Arq Bras Cir Dig* 2019 ; 32 : e1466.
3. Roa I, Del Sol M. Obesity, salivary glands and oral pathology. *Colomb Med* 2018 ; 49 : 280-7.
4. Lavigne GJ, Herrero Babiloni A, Beetz G et al. Critical issues in dental and medical management of obstructive sleep apnea. *J Dent Res* 2020 ; 99 : 26-35.
5. Foratori-Junior GA, Máscoli LS, Jesuino BG et al. Evaluation of systemic conditions, tooth loss, body image, and quality of life of women with obesity and women who underwent gastric bypass surgery. *Spec Care Dent* 2020 ; 40 : 151-9.
6. Malik Z. The state of bariatric dental care in Australia: a silent disability crisis? *Aust Dent J* 2020 ; [Online ahead of print].
7. Sonoda C, Fukuda H, Kitamura M et al. Associations among obesity, eating speed, and oral health. *Obes Facts* 2018 ; 11 : 165-75.
8. Iwasaki T, Fukuda H, Kitamura M et al. Association between number of pairs of opposing posterior teeth, metabolic syndrome, and obesity. *Odontology* 2019 ; 107 : 111-7.
9. Levine RS. Obesity, diabetes and periodontitis – a triangular relationship? *Br Dent J* 2013 ; 215 : 35-9.
10. da Silva Azevedo ML, Silva NR, da Costa Cunha Mafra CA et al. Oral health implications of bariatric surgery in morbidly obese patients: an integrative review. *Obes Surg* 2020 ; 30 : 1574-9.