

Nutrition et santé bucco-dentaire : rôle du chirurgien-dentiste

par Catherine Miller, Chloé Morvan, Pierre Parmentier, Tchilalo Boukpepsi et Jean-Jacques Lasfargues

Département d'odontologie conservatrice et endodontie
Faculté de chirurgie dentaire de l'université René Descartes-Paris 5

Conférence présentée lors de la séance «L'odontologiste, un maillon du Plan nutrition santé» organisée par le Comité national d'hygiène et de santé bucco-dentaires (CNHSBD) et le Centre de recherche et d'information nutritionnelles (CERIN), en association avec l'AFAS, le 26 novembre 2004 au Palais de la découverte.

Memo

Une mauvaise alimentation entraîne des pathologies dans la cavité buccale, soulignant ainsi le rôle majeur du chirurgien-dentiste dans le dépistage de la malnutrition. L'objectif de cet article est de montrer, à l'aide d'exemples, comment le chirurgien-dentiste peut être impliqué dans le dépistage des signes bucco-dentaires faisant suspecter un déséquilibre alimentaire. Sans se substituer aux médecins nutritionnistes, il se doit d'être un intervenant privilégié en ce qui concerne la nutrition de ses patients. Il peut alors intervenir dans la gestion de ce problème, soit en prodiguant des conseils adaptés, soit en adressant son patient à un spécialiste de la nutrition, créant ainsi des liens voire des réseaux avec les médecins.

C'est un lieu commun de rappeler qu'une alimentation saine et équilibrée est un facteur de santé générale mais aussi de santé bucco-dentaire. L'alimentation actuelle dans les pays industrialisés est trop grasse, trop sucrée, pauvre en oligoéléments, en fibres et en apports vitaminiques, et crée des dommages à tous les niveaux de l'organisme. La cavité buccale, porte d'entrée du tube digestif, constitue un carrefour entre le milieu extérieur et l'organisme : c'est un lieu de passage obligatoire pour tous les aliments. Ainsi, si un patient a une mauvaise alimentation, des signes cliniques seront visibles très tôt dans la cavité buccale, soulignant ainsi le rôle majeur du chirurgien-dentiste dans le dépistage des déséquilibres alimentaires et de la malnutrition. L'objectif de cet article est de montrer, à l'aide d'exemples, comment le chirurgien-dentiste peut être impliqué dans le dépistage et le traitement des signes bucco-dentaires faisant suspecter une alimentation non équilibrée.

Une mauvaise alimentation a des effets directs et indirects sur les structures bucco-dentaires. Les chirurgiens-dentistes sont amenés à diagnostiquer les manifestations

dentaires des désordres alimentaires, et en particulier la carie dentaire, les érosions acides, tandis que des affections du parodonte et des muqueuses pourront faire suspecter des carences protéiques ou vitaminiques. Face à ces signes, le praticien devra être en mesure de prodiguer des conseils diététiques appropriés visant à aider le patient à modifier des comportements nutritionnels délétères, et éventuellement de l'orienter vers un spécialiste de la nutrition. Il y a des périodes critiques de la vie d'un patient où la prévention de la malnutrition doit être renforcée, et des conseils alimentaires ciblés sont à prodiguer à ces patients (Miller et Lasfargues, 1999; Miller et coll., 2000).

Conseils alimentaires et populations à risque

Conseils chez l'enfant et l'adolescent

Les parents sont, la plupart du temps, à l'origine du déséquilibre alimentaire de leurs enfants car l'enfant mange ce que ses parents lui donnent (ou mettent dans les placards !). Il ne faudra pas hésiter à adresser la famille à un nutritionniste si le déséquilibre constaté laisse à penser que l'enfant souffre de carences et que son développement psychomoteur ne se fera pas normalement, ou si l'enfant présente un surpoids. Les parents doivent éviter de renforcer le goût inné de leur enfant pour le sucré. Ainsi, ils ne doivent pas laisser l'enfant boire toute la journée (ou pire toute la nuit) un biberon d'eau sucrée ou aromatisée ou de jus de fruit, et il est recommandé d'apprendre dès que possible aux bébés à boire à la tasse. Pour les mères allaitant leur bébé jusqu'à un âge avancé, le praticien, sans dévaloriser cet allaitement, invitera la mère à discuter de cette question avec le pédiatre en expliquant

qu'il est souhaitable de ne pas laisser l'enfant sur le sein trop longtemps ni trop fréquemment.

Les enfants scolarisés acquièrent de bonnes habitudes alimentaires, avec des repas et en-cas équilibrés, à heures fixes. Trop souvent, hélas, par manque de temps, par mauvaises habitudes familiales, les enfants partent à l'école à jeun ou en avalant des aliments faciles à préparer, trop sucrés. Habituer l'enfant à prendre un petit-déjeuner équilibré lui évitera de grignoter des sucreries pour rester attentif en classe. Cela permettra également de supprimer définitivement le terrible en-cas de 10 heures, généralement constitué de gâteaux chocolatés, aussi néfaste pour la santé bucco-dentaire des enfants que pour leur santé générale ! Dans ce sens et grâce au travail de l'AFSSA, les distributeurs automatiques de barres chocolatées et autres sucreries ont été récemment retirés des collèges et lycées (AFSSA, 2004).

On ne peut cependant demander aux parents de supprimer les glucides de l'alimentation de leurs enfants, mais leur apprendre à les consommer intelligemment, pendant les repas et le goûter (Van Loveren et Duggal, 2001; Zero, 2004). La consommation de produits sans sucre ajouté (compotes, jus de fruits) est à conseiller, mais il faut éviter de recommander les produits édulcorés car ils entretiennent l'attachement à la saveur sucrée. Les jeunes enfants étant souvent malades pendant la période hivernale, la forme édulcorée des sirops pédiatriques est à recommander. Enfin, l'enfant doit apprendre à boire de l'eau pure dès les premiers mois, à manger des fruits frais, et surtout à mâcher afin de ne pas devenir un adepte de l'alimentation semi molle, terriblement cariogène. Retarder le plus longtemps possible la fréquentation des «fast-food» évitera à l'enfant de prendre goût à ce type de repas. Chez l'enfant, la motivation peut être appuyée par l'utilisation de brochures illustrées éditées par des organismes publics ou par des laboratoires.

À la puberté, l'enfant acquiert une autonomie qui lui apporte un espace de liberté mais lui impose de prendre

des décisions. L'adolescent se heurte à son environnement familial et se rapproche de ses camarades ou au contraire s'isole. Il rejette les repas en famille ou à la cantine, oublie son hygiène buccale et devient un adepte du grignotage, des «fast-food» et des sodas. La maladie carieuse trouve alors un terrain privilégié et le praticien cherchera à établir une relation de confiance avec son patient afin de lui faire prendre conscience des risques encourus, l'adolescent se projetant rarement dans l'avenir (fig. 1).

L'adolescente obnubilée par son poids sera sujette au grignotage, à la boulimie et, dans certains cas, se fera vomir. Ce comportement peut conduire à l'anorexie. Des érosions des faces linguales des dents doivent interpeller le praticien, les vomissements à répétition étant très acides et créant des dommages irréversibles de l'émail (fig. 2). Il faudra alors alerter les parents et adresser la famille à une consultation spécialisée de psychologie. Le rôle du praticien sera ensuite de prendre en charge les soins dentaires de la patiente, en traitant les pertes de substances d'origine érosive et en assurant leur suivi (Roberts, 1987).

Conseils chez la femme enceinte

Les femmes enceintes éprouvent souvent une envie irrésistible à l'égard de certains aliments, associée à des troubles de la salivation. Souvent, des vomissements accompagnent les trois premiers mois de grossesse (problème d'acidité aggravé par un brossage difficile lié aux nausées). À la fin de la grossesse, beaucoup de femmes éprouvent des difficultés à manger de vrais repas, préférant se nourrir de fréquentes collations. Les femmes enceintes sont donc très susceptibles à la carie mais aussi à la gingivite favorisée par les modifications hormonales lorsque le contrôle de la plaque dentaire est défaillant. Les conseils d'hygiène bucco-dentaire sont indispensables et peuvent être complétés à propos par des conseils alimentaires visant à limiter le grignotage. Ce travail d'in-



Fig. 1 : Goût sucré de l'adolescent et cariosusceptibilité



Fig. 2 : Erosion dentaire chez une jeune patiente boulimique-anorexique

formation et de suivi par le praticien doit être relayé par le médecin et/ou la sage-femme en charge de la grossesse. Il ne faut pas oublier que la grossesse rend la patiente très sensible à sa santé et que c'est le moment idéal pour changer son mode alimentaire mais aussi pour lui donner des conseils pour son bébé.

Conseils chez la personne âgée

Les personnes âgées négligent les produits frais, sources de fibres, vitamines et minéraux au profit des conserves et des plats surgelés, espacés par de fréquents grignotages de chocolats et autres confiseries. Leurs dents restantes ayant subi une récession gingivale, mal protégées par une salive moins abondante, confrontées à une alimentation molle, sucrée et fréquente, sont sujettes aux caries radiculaires. Ces personnes, nourries de mets pauvres sur le plan nutritionnel, souffrent de carences graves nuisant de façon préjudiciable à leur santé. D'un autre côté, un mauvais état de la dentition associé à des édentements non compensés ou à des prothèses non adaptées favorise la malnutrition voire la dénutrition (Veyrune et coll., 2004). Le rôle du praticien sera de rétablir une fonction masticatoire satisfaisante chez son patient et de contacter son médecin traitant si le déséquilibre alimentaire semble important.

Conseils chez certaines professions

Les pâtisseries, mais aussi les traiteurs, les cuisiniers, constituent une catégorie de professionnels qui goûtent en permanence leurs préparations. Les pâtisseries subiraient en plus une consommation passive de particules de sucre en suspension dans l'air (fig. 3). Pour ces patients, en plus de brossages répétés et d'applications fluorées, un suivi très régulier s'impose.



Fig 3 : Polycaries chez un patient pâtissier

Certaines professions imposent un rythme de vie incompatible avec la prise de repas à heures fixes suivi d'un brossage et favorisent la prise de collations et le grignotage. Ainsi, les chauffeurs de camions, de taxis, les inspecteurs de police, les veilleurs de nuit, les journalistes, les secrétaires, mais aussi les chômeurs,

sont sujets à la maladie carieuse. Nous devons les aider à trouver des en-cas moins cariogènes et plus consistants afin de les espacer. Si le déséquilibre est trop important, l'intervention d'un nutritionniste s'impose comme cela a été le cas chez un patient infirmier de nuit polycarieux qui ne se nourrissait que d'en-cas sucrés.

Une étude clinique sur 7 000 chômeurs a montré que ceux-ci consommaient en excès saccharose et alcool avec des apports insuffisants en calcium et protéines (Tichet et coll., 1994). Le petit-déjeuner et le repas de midi étaient remplacés par du grignotage. Ces patients, se sentant dévalorisés, ayant en plus tendance à se négliger, seront à relancer, à motiver, afin d'éviter l'installation d'un état bucco-dentaire dégradé et une dévalorisation supplémentaire.

Conclusions

La formation du chirurgien-dentiste a évolué. Il n'est plus formé comme un super-technicien, mais comme un véritable médecin de la bouche, et il se doit d'être impliqué dans une prise en charge globale de son patient (Julien, 2000). Sans se substituer aux médecins nutritionnistes et aux diététiciens, il se doit d'être un conseiller privilégié en ce qui concerne la nutrition de ses patients. Ainsi, si un comportement alimentaire déséquilibré est mis en évidence par la présence de signes cliniques, le praticien se doit d'intervenir dans la gestion de ce problème, soit en prodiguant des conseils adaptés, soit en adressant son patient à un spécialiste de la nutrition, créant ainsi des liens voire des réseaux avec les médecins. Ceci demande formation et disponibilité, ce qui n'est pas toujours simple pour le praticien mais, en particulier pour la carie, peut-on continuer à traiter les séquelles sans traiter la maladie? Les jeunes praticiens reçoivent pendant leur cursus, dès le PCEO2 et pendant tout leur stage clinique, une formation leur apprenant à évaluer le régime alimentaire de leur patient. Pour les chirurgiens-dentistes plus anciennement diplômés, il s'agit de renforcer la formation continue dans ce domaine. Le dernier point à aborder est : «Le chirurgien-dentiste, même s'il en a la compétence, a-t-il du temps à consacrer à la nutrition de ses patients?». Même si c'est une obligation, cette pratique n'existe pas au regard de la nomenclature : pas de place prévue par le système pour honorer cette charge. Ce qui a déjà été initié chez l'enfant (Bilan Bucco Dentaire - BBD -, ...) bien qu'encore trop axé sur l'intervention, doit être instauré chez la femme enceinte, chez le patient malade ou encore chez le senior.

Enfin les conseils et soins prophylactiques délivrés individuellement par les praticiens dans leurs cabinets pour prévenir les désordres bucco-dentaires provoqués par les mauvaises attitudes alimentaires devraient être relayés et confortés par des campagnes médiatiques sur l'alimentation car il s'agit d'un problème de santé publique de plus en plus préoccupant.

Bibliographie

- 1 AFSSA - Glucides et santé : Etat des lieux, évaluation et recommandations, 2004.
- 2 JULIEN M., La place de la nutrition dans la formation et la pratique dentaire, *J. Can. Den. Assoc.*, 2000, 66:97-9.
- 3 MILLER C, LASFARGUES J.-J., Diététique et prévention dentaire, Cahier de Formation Médico-Dentaire Continue de l'Information Dentaire, 1999, 12 p.
- 4 MILLER C., BLIQUE M., LASFARGUES J.-J., Les conseils diététiques en dentisterie préventive, *Réalités cliniques*, 2000, 11:33-49.
- 5 ROBERTS M.W., LI S.H., Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases, *J. Am. Dent. Assoc.*, 1987, vol. 115, pp. 407-410.
- 6 TICHET J., VOL S., CALVET C., CACES E., LASFARGUES G., Etat de santé et comportement de 7 241 chômeurs, 7^e Congrès National des Observatoires Régionaux de la Santé, Amiens, octobre 1994.
- 7 VAN LOVEREN C, DUGGAL M.S., The role of diet in caries prevention, *Int. Dent. J.*, 2001, 51(6 Suppl 1):399-406.
- 8 VEYRUNE J.-L., LASSAUZAY C., NICOLAS E., HENNEQUIN M., Considérer le risque de dénutrition chez les personnes âgées, *Réal. Clin.*, 2004, vol. 15, n° 4, pp. 361-373.
- 9 ZERO DT., Sugars - the arch criminal ?, *Caries Res.*, 2004, 38: 277-85.

Catherine Miller

Faculté de chirurgie dentaire de l'université René Descartes-Paris 5 - 1 rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
 catherine.miller@univ-paris5.fr