



Pleins feux sur la surveillance

Concepts actuels sur le lien santé buccodentaire-santé systémique

par Anthony M. Iacopino, DMD, PhD

Le Centre international de santé buccodentaire-santé systémique est situé à la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba. Sa mission fondamentale consiste à proposer des modèles interprofessionnels d'éducation, de recherche et d'exercice où la santé buccodentaire constitue un volet clé de la prestation de soins complets.

Dans le cadre du volet éducatif de sa mission, le Centre offrira un service utile aux intervenants de la profession dentaire, en faisant un suivi des plus récentes recherches et pratiques exemplaires sur le lien entre la médecine buccale et la médecine systémique. Le Centre est fier de s'associer au JADC pour présenter des résumés d'études récentes et des faits nouveaux sur les liens entre la santé buccodentaire et la santé systémique, qui pourraient influencer l'exercice moderne de la dentisterie.

Le lien entre l'obésité et la parodontopathie : De plus en plus d'indications

L'obésité est le problème de santé qui connaît le plus fort taux de croissance au monde.¹ Trouble métabolique et nutritionnel courant, l'obésité est une maladie chronique multifactorielle complexe, qui résulte de l'interaction génotype-environnement.² Les adultes qui souffrent d'un excédent de poids ou d'obésité sont depuis longtemps considérés comme un groupe à risque élevé de contracter de nombreuses maladies inflammatoires chroniques et autres maladies, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'arthrite.³ On soutient que l'obésité favorise un état inflammatoire systémique en raison de ses effets sur les paramètres métaboliques et immunitaires, augmentant de ce fait la vulnérabilité à la parodontopathie.^{4,5}

Depuis les dernières années, de plus en plus d'études révèlent l'existence d'un lien entre l'obésité et l'augmentation de l'incidence et de la gravité de la parodontopathie.⁶⁻¹² Les données indiquent, en général, que l'augmentation de l'indice de masse corporelle, de la circonférence de la taille (obésité abdominale), des taux de lipides sériques et du pourcentage de l'adiposité sous-cutanée est associée à un risque accru de parodontopathie. Si l'on tient compte des facteurs de confusion, tels que le tabagisme, l'âge et les maladies systémiques, on constate la présence d'un lien linéaire. Par exemple, on a observé chez des sujets présentant des signes accrus d'obésité une augmentation du saignement au sondage parodontal, des poches parodontales plus profondes et une perte osseuse plus importante.⁹ L'étude la plus récente¹² fournit ce qu'on peut considérer jusqu'à présent comme les données les plus probantes sur l'existence d'un lien important entre l'obésité et l'augmentation de la prévalence, de la gravité et de l'étendue de la parodontopathie. L'étude révèle que l'incidence de la parodontopathie est 2 fois plus élevée chez les personnes souffrant d'embonpoint et 3 fois plus élevée chez les personnes obèses, ce qui démontre, pour la première fois, l'existence d'une relation dose-réponse.

Les mécanismes biologiques sous-jacents du lien entre l'obésité et la parodontopathie comportent fort probablement des cytokines et des hormones secrétées par le tissu adipeux. Le tissu adipeux libère une grande quantité de cytokines et d'hormones, appelées adipokines, qui peuvent moduler l'apparition de la parodontopathie.^{4,5} L'obésité accroît la vulnérabilité de l'hôte en modulant les systèmes immunitaire et inflammatoire de manière à favoriser la destruction des tissus inflammatoires et à exposer le sujet à un risque accru de parodontopathie.⁷ Des quantités accrues d'adipokines libérées par la graisse viscérale peuvent également entraîner une agglutination de sang dans la microvasculature, diminuant le débit sanguin dans les gencives chez les personnes obèses et facilitant la progression de la parodontopathie.

Malgré les signes croissants de l'existence d'un lien important, on ne peut encore affirmer avec certitude que l'obésité cause la parodontopathie. On devra mener des études prospectives des cohortes pour en avoir la confirmation. Ce lien

pourrait, du moins en partie, être attribuable à un mode de vie commun qui fait que les sujets sont plus prédisposés à l'obésité et à la parodontopathie. Il a été démontré, toutefois, que le maintien d'un poids normal, l'adoption d'une alimentation équilibrée et l'exercice physique diminuent la gravité de la parodontopathie.^{8,10} Ainsi, tous les professionnels de la santé, y compris le personnel dentaire, peuvent rendre un grand service aux personnes atteintes d'obésité en les informant du risque de parodontopathie et de l'importance d'une bonne hygiène buccale. ♦

Références

1. Haenle MM, Brockmann SO, Kron M, Bertling U, Mason RA, Steinbach G, and others. Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adults. *BMC Public Health* 2006; 6:233–37.
2. Dennison EM, Syddall HE, Aihie Sayer A, Martin HJ, Cooper C; Hertfordshire Cohort Study Group. Lipid profile, obesity and bone mineral density: the Hertfordshire Cohort Study. *QJM* 2007; 100(5):297–303. Epub 2007 Apr 19.
3. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert Panel on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight Adults. *Am J Clin Nutr* 1998; 68(4):899–917.
4. Genco RJ, Grossi SG, Ho A, Nishimura F, Murayama Y. A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes, and periodontal infections. *J Periodontol* 2005; 76(11 Suppl):2075–84.
5. Van Dyke TE. Inflammation and periodontal disease: a reappraisal. *J Periodontol* 2008; 79(8 Suppl):1501–02.
6. Cutler CW, Shinedling EA, Nunn M, Jotwani R, Kim BO, Nares S, and other. Association between periodontitis and hyperlipidemia: cause or effect? *J Periodontol* 1999; 70(12):1429–34.
7. Iacopino AM, Cutler CW. Pathophysiological relationships between periodontitis and systemic disease: recent concepts involving serum lipids. *J Periodontol* 2000; 71(8):1375–84.
8. Saito T, Shimazaki Y, Koga T, Tsuzuki M, Ohshima A. Relationship between upper body obesity and periodontitis. *J Dent Res* 2001; 80(7):1631–36.
9. Wood N, Johnson RB, Streckfus CT. Comparison of body composition and periodontal disease using nutritional assessment techniques: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Periodontol* 2003; 30(4):321–27.
10. Al-Zahrani MS, Bissada NF, Borawski EA. Obesity and periodontal disease in young, middle-aged, and older adults. *J Periodontol* 2003; 74(5):610–15.
11. Saito T, Shimazaki Y, Kiyohara Y, Kato I, Kubo M, Iida M, and other. Relationship between obesity, glucose tolerance, and periodontal disease in Japanese women: the Hisayama study. *J Periodontol Res* 2005; 40(4):346–53.
12. Khader YS, Bawadi HA, Haroun TF, Alomari M, Tayyem RF. The association between periodontal disease and obesity among adults in Jordan. *J Clin Periodontol* 2009; 36(1):18–24. Epub 2008 Nov 19.

Le Dr Iacopino est doyen, professeur de dentisterie restauratrice et directeur du Centre international de santé buccodentaire-santé systémique à la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba, à Winnipeg (Manitoba). Courriel : iacopino@cc.umanitoba.ca