

Pleins feux sur la surveillance

Concepts actuels sur le lien santé buccodentaire-santé systémique

par Anthony M. Iacopino, DMD, PhD

En janvier 2008, la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba a inauguré le Centre international de santé buccodentaire-santé systémique, un centre dont la mission est de proposer des modèles interprofessionnels d'éducation, de recherche et d'exercice où la santé buccodentaire constituera un volet clé de la prestation de soins complets.

Le centre proposera des programmes interprofessionnels d'enseignement et d'études supérieures axés sur le lien entre la santé buccodentaire et la santé systémique; il offrira également des programmes de formation clinique interprofessionnelle avec dépistage et aiguillage multidirectionnels, de recherche biomédicale et clinique de pointe et d'analyse de l'incidence des nouveaux modèles d'exercice sur la santé de la population, ainsi que de nouveaux modèles d'exercice interprofessionnel et de nouveaux modèles de formation continue pour tous les professionnels de la santé et le public.

Dans le cadre du volet éducatif de sa mission, le centre offrira un service utile aux membres de la profession dentaire, en faisant un suivi des plus récentes recherches, des pratiques exemplaires et de la pensée intellectuelle 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 le lien entre la santé buccodentaire et la santé systémique, qui pourraient influencer l'exercice moderne de la dentisterie. La présente chronique porte sur les maladies parodontales.

La marijuana et les maladies parodontales

Depuis de nombreuses années, ceux d'entre nous de la communauté dentaire qui nous intéressons au lien entre la santé buccodentaire et la santé systémique savons que l'acceptation généralisée par le milieu médical est la véritable condition pour s'assurer que les progrès réalisés dans l'étude des liens entre la santé buccodentaire et la santé systémique sont intégrés aux soins dispensés aux patients. Le numéro de février 2008 du *Journal of the American Medical Association (JAMA)* pourrait être qualifié de point tournant dans l'évolution de la médecine buccale-systémique, car il présente 2 articles sur le lien entre la consommation de marijuana et les maladies parodontales, ainsi qu'un résumé d'une page sur les maladies parodontales qui s'accompagne d'un diagramme de base illustrant le parodonte sain et malade et de tableaux énumérant les principaux facteurs étiologiques, signes/symptômes et mesures de prévention et traitements¹⁻³.

Certes, ce n'est pas la première fois que le *JAMA* publie des articles qui traitent du lien entre la santé buccodentaire et la santé systémique. C'est toutefois la première fois que le *JAMA* incite les lecteurs à mieux se renseigner sur les causes, les manifestations et la prise en charge des maladies parodontales. Ce pas est important, car il témoigne d'un changement de cap au sein de la profession médicale en faveur du dépistage et de l'aiguillage des patients atteints de maladies évolutives ou à haut risque pour le développement de maladies parodontales. Il se pourrait donc que nous assistions prochainement à l'élaboration de plans de soins exhaustifs qui prévoient la pleine intégration de l'équipe de soins dentaires.

Les 2 articles de recherche indiquent que la consommation de marijuana augmente le risque de maladies parodontales, même chez les jeunes adultes. Durant une étude réalisée auprès de plus de 900 jeunes adultes, les grands consommateurs de marijuana ont été 1,6 fois plus susceptibles d'être atteints au moins d'une maladie parodontale bénigne et 3 fois plus susceptibles de présenter une maladie parodontale grave isolée, que les jeunes qui n'avaient jamais fumé de marijuana. Les grands consommateurs ont été définis comme les personnes fumant de la marijuana en moyenne 40 fois par année.

De plus, un nombre important de personnes consommant régulièrement de la marijuana ont présenté des maladies parodontales à un âge plus jeune que ce à quoi on s'attendrait normalement (30 % avant l'âge de 32 ans). Les effets de la consommation de marijuana ont été indépendants d'autres facteurs de risque, comme le tabagisme et la fréquence des visites chez le dentiste. Il est depuis longtemps établi que le tabagisme est un important facteur de risque de maladies parodontales, car les produits chimiques présents dans la fumée du tabac réduisent le flux sanguin dans les tissus entourant les dents et diminuent la réaction immunitaire aux bactéries buccales. Bien que la composition chimique de la fumée de marijuana et de la fumée de tabac soit comparable à bien des égards, la fumée de marijuana contient manifestement des composés différents, qui nécessiteront une attention particulière pour évaluer la santé buccodentaire des consommateurs de marijuana.

Références

1. Thompson WM, Poulton R, Broadbent JM, Moffitt TE, Caspi A, Beck JD, and others. Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *JAMA* 2008; 299(5):525-31.
2. Hujoel PP. Destructive periodontal disease and tobacco and cannabis smoking. *JAMA* 2008; 299(5):574-575.
3. Torpy JM, Burke AE, Glass RM. Periodontal disease. *JAMA* 2008; 299(5):598.

***Helicobacter pylori* et les maladies parodontales**

H. pylori fait de nouveau les manchettes. Cette bactérie gram négatif, qui est présente chez près du tiers de la population d'Amérique du Nord, serait la cause des ulcères duodénaux et gastriques. Certaines études ont démontré qu'une piètre santé parodontale – caractérisée par la présence de poches parodontales profondes (≥ 5 mm) contenant un biofilm sous-gingival sous forme de plaque et de tartre – était associée à l'infection par *H. pylori* chez les adultes (plus de 50 % des adultes présentant des poches parodontales ≥ 5 mm se sont révélés positifs pour *H. pylori*)¹. Les poches parodontales peuvent créer un microenvironnement idéal pour *H. pylori* en raison de leur architecture microaéroophile unique et de l'urée produite par le biofilm sous-gingival (*H. pylori* est une bactérie productrice d'uréase). De plus, le reflux gastrique est une source constante de *H. pylori* qui imprègne le biofilm. La relation entre *H. pylori* et l'état du parodonte est importante, car la cavité buccale est le principal réservoir extra-gastrique de *H. pylori* et l'infection par ce pathogène semble se faire par voie buccale; la santé buccodentaire pourrait donc avoir une incidence sur l'infection ou la réinfection par *H. pylori*. Il a par ailleurs été démontré que le succès de l'éradication gastrique de *H. pylori* est tributaire de la prévalence de ce pathogène dans la cavité buccale.

Selon des études récentes, il pourrait y avoir un lien important entre *H. pylori* et la stomatite aphteuse récurrente, ainsi qu'avec le virus herpès simplex de type 1 (VHS-1)^{2,3}. On a en effet observé que des patients infectés par *H. pylori* présentaient nettement plus de manifestations aphteuses (plus du double) et que ces récurrences s'accompagnaient de symptômes beaucoup plus graves que chez les personnes non infectées. Durant les 12 mois qui ont suivi le traitement d'éradication de *H. pylori*, 63 % des patients ont affiché une diminution significative de ces 2 paramètres; ce traitement a également prolongé de façon significative l'intervalle entre les récurrences.

Il est possible que ce lien fasse intervenir une réaction auto-immune dépendante de *H. pylori*, basée sur l'hypersensibilité des lymphocytes T. La séropositivité au VHS-1 a aussi été associée à l'infection à *H. pylori* (le risque de VHS-1 étant 2 fois plus élevé chez les personnes infectées par *H. pylori*). Le VHS-1 et *H. pylori* utilisent la même voie de transmission et ont tous deux été isolés d'ulcères des muqueuses buccale et gastrique; il semble en outre y avoir une association linéaire entre la séroprévalence des anticorps dirigés contre ces 2 organismes. D'autres études devront être faites pour déterminer comment l'infection par *H. pylori* pourrait être un facteur de prédisposition à l'infection par le VHS-1 et voir si le traitement d'éradication de *H. pylori* entraîne une diminution de l'infection par le VHS-1, comme c'est le cas pour la stomatite aphteuse récurrente. ✦

Références

1. Dye BA, Kruszon-Moran D, McQuillan G. The relationship between periodontal disease attributes and *Helicobacter pylori* infection. *Am J Public Health* 2002; 92(11):1809–15.
2. Albanidou-Farmaki E, Giannoulis L, Markopoulos A, Fotiadis S, Aggouridaki X, Farmakis K, and other. Outcome following treatment for *Helicobacter pylori* in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis* 2005; 11(1):22–6.
3. Baccaglioni L, Schoenbach VJ, Poole C, McKaig R, Ibrahim J, Baric RS, and other. Association between herpes simplex virus type 1 and *Helicobacter pylori*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 101(1):63–9.

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