

MICI* ET MALADIE PARODONTALE

*Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin



GÉNÉRALITÉS

- Les maladies parodontales (gingivite et parodontite) sont des pathologies inflammatoires atteignant la gencive et le système d'ancrage des dents. Elles se développent par un processus inflammatoire en réponse à la flore microbienne de la cavité buccale. En l'absence de traitement, elles peuvent aboutir à la perte des dents et augmenter le risque des maladies chroniques.
- Lorsqu'une gingivite n'est pas traitée, le processus inflammatoire peut se développer en profondeur et provoquer la destruction du système d'ancrage (parodontite) avec pénétration de bactéries du biofilm et de leurs produits toxiques dans la circulation sanguine. La surface de la plaie infectieuse peut atteindre 200 cm² en fonction de la sévérité de la parodontite.
- Les maladies parodontales sont plus fréquentes chez les sujets atteints de MICI telles que la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique (1)
- L'association fréquente des maladies parodontales avec les MICI pourrait s'expliquer par une modification du microbiote buccal chez les patients atteints avec un relargage élevé de cytokines pro-inflammatoires.
- La prise de biomédicaments, fréquemment indiqués dans la prise en charge thérapeutique des MICI, entraîne des précautions vis-à-vis du risque infectieux lors de la réalisation de soins dentaires et parodontaux.



Parodontite sain



Gingivite



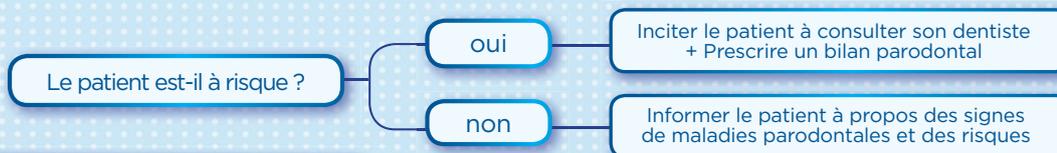
Parodontite

FICHE DÉTACHABLE



PATIENT À RISQUE DE PARODONTITE

- ≥ 40 ans
Parodontite + fréquente chez les moins de 45 ans¹
- Antécédents familiaux de parodontite
- Susceptibilité aux infections
- Tabac
- Stress, anxiolytiques



RECOMMANDATIONS

Le dépistage des parodontites doit être élargi chez les patients atteints de MICI car leur maladie et le traitement associé en augmentent la fréquence

À la découverte et lors du bilan de complications, pensez également à demander à votre patient si :

- ses gencives saignent,
- il a remarqué l'apparition d'espaces entre ses dents,
- ses dents sont mobiles, se sont déplacées, et/ou ont été perdues,
- il a mauvaise haleine.

Il peut être atteint d'une maladie parodontale. Les patients à risque de maladie parodontale sont généralement âgés de plus de 40 ans, avec une hygiène bucco-dentaire insuffisante.

Optimiser le contrôle de plaque

- **Conseils** : se brosser les dents soigneusement au minimum 2 fois par jour, et insister sur le brossage interdentaire
- Consulter un chirurgien-dentiste pour une visite et **un bilan parodontal** tous les ans

Bibliographie : 1. Habashneh RA, Khader YS, Alhumouz MK, Jadallah K, Ajlouni Y. The association between inflammatory bowel disease and periodontitis among Jordanians: a case-control study. J Periodontol Res. juin 2012;47(3):293-8. 2. Agossa K, Dendooven A, Dubuquoy L, Gower-Droussseau C, Delcourt-Debruyne E, Capron M. Periodontal manifestations of inflammatory bowel disease: emerging epidemiologic and biologic evidence. J Periodontol Res. 24 sept 2016;52(3):313-24. 3. Harbord M, Anness V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extra-Intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. J Crohns Colitis. 1 mars 2016;10(3):239-54. 4. Atarabashi-Moghadam S, Lotfi A, Atarabashi-Moghadam F. Psoriasis-like Vegetans: A Clue for Diagnosis of Silent Crohn's Disease. J Clin Diagn Res. 2016 Dec;10(12):2D12-ZD13. 5. Szymanska S, Lördal M, Rathnayake N, Gustafsson A, Johansson A. Dental caries, prevalence and risk factors in patients with Crohn's disease. PLoS One. 2014;9(3):e91059. 6. Gianchetti P, Dignass A, Danese S, Dias M, José F, Rogler G, et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations. J Crohns Colitis. 1 févr 2017;11(2):135-49. 7. Van de Scheur MR, van der Waal RI, Volker-Dieben HJ, Klinkenberg-Krol EC, Starink TM, van der Waal I. Orofacial granulomatosis in a patient with Crohn's disease. J Am Acad Dermatol. 2003 Nov;49(5):952-4. 8. Sahin T, Brygo A, Delaporte E, Ferri J. Oral Crohn's disease: a series of nine cases. SWISS DENTAL JOURNAL. 127: 643-648 (2017). 9. On emploie le terme "biologique" pour désigner des traitements dont la production s'effectue par la mise en culture industrielle de cellules préalablement manipulées afin qu'elles produisent un agent biologique. Cet agent va interagir directement au niveau de certaines cibles spécifiques du système de défenses immunitaires du malade. K. H. Katsanos APT 2015 (lien https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apt.13217)



Groupe de réflexion
PARC MÉDECINE



MICI* ET MALADIE PARODONTALE

*Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin



GÉNÉRALITÉS

- MICI : les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin sont caractérisées par des symptômes gastro-intestinaux qui évoluent par périodes et qui sont de poussée, de durée, de fréquence et d'intensité variables, en alternance avec des périodes de rémission.
- Les MICI regroupent la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.
- Prévalence des MICI :
 - 150 000 personnes en France atteintes de la maladie de Crohn.
 - 100 000 personnes en France atteintes de la rectocolite hémorragique (RCH)
- Diagnostic chez les patients jeunes (20 -30 ans)
- Pas de traitement curatif
- Espérance de vie similaire à celle de la population générale

LES MANIFESTATIONS ORALES DES MICI

On doit prendre en compte la présence de MICI et de son traitement chez les patients afin de bien optimiser leur prise en charge

Parodontite

Possiblement 50% des patients ont des manifestations buccales.

Parodontite + fréquente chez les moins de 45 ans.⁽¹⁾

- Perte d'attache et récessions parodontales importantes,
- Aggravation des poches parodontales
- Saignement au sondage important
- Mobilités dentaires secondaires

Plus de parodontites chez les patients avec MICI versus individus sains.

La maladie parodontale est aujourd'hui reconnue comme manifestation buccale liée à la MICI.⁽²⁾

Pas de différence significative maladie active/inactive

Les lésions parodontales semblent plus sévères chez les patients avec RCH par rapport aux patients atteints de maladie de Crohn

Les lésions anopérinéales et la proctite augmentent le risque de parodontite.

Atteintes dermatologiques fréquentes



Chéilite granulomateuse⁽⁷⁾



Érythème péri-oral avec macrochéilite⁽⁸⁾



Pyostomatite végétante⁽⁴⁾

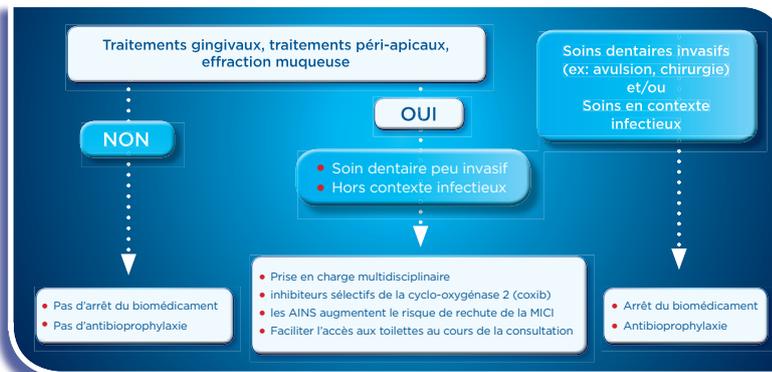
Maladie carieuse

CAOD plus élevé⁽⁵⁾ pour raisons de malabsorption, hyposialie, probables carences et apports riches en glucides.

RECOMMANDATIONS

- Dépister la parodontite chronique, les infections péri-apicales chroniques, la sécheresse buccale
- Il est préférable, si possible, d'effectuer les traitements conservateurs avant de débuter un traitement par biomédicament
- La prise de biomédicaments entraîne des précautions vis-à-vis du risque infectieux lors de la réalisation de soins dentaires.
- Propositions de délais d'arrêt selon la molécule à titre indicatif en cas de soins dentaires invasifs programmés :
 - Anti TNF** : 4 semaines (Infliximab • Adalimumab • Golimumab)
 - Anti Intégrine** : Vedolizumab : 2 à 4 semaines
 - Anti interleukine** : Ustekinumab : 4 semaines
- La reprise des injections d'agent biologique⁽⁹⁾ se fera dès cicatrisation de la muqueuse, en l'absence de complication infectieuse.

Deux facteurs doivent être pris en compte pour organiser les soins bucco-dentaires : l'invasivité du geste et le risque infectieux local (présence de plaque, tartre). L'antibioprophylaxie se calcule sur les recommandations contre le risque d'endocardite infectieuse, l'arrêt du biomédicament doit être anticipé avant l'intervention en fonction de la durée de demi-vie de la molécule (variable selon les traitements).⁽⁶⁾



Bibliographie : 1. Habashneh RA, Khader YS, Alhumouz MK, Jadalalah K, Aljouni Y. The association between inflammatory bowel disease and periodontitis among Jordanians: a case-control study. J Periodontol Res. juin 2012;47(3):293-8. 2. Agossa K, Dendooven A, Dubuquoy L, Gower D, Pousseau C, Delcourt D, Debruyne E, Capron M. Periodontal manifestations of inflammatory bowel disease: emerging epidemiologic and biologic evidence. J Periodontol Res. 24 sept 2016;52(3):313-24. 3. Harbord M, Anness V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. J Crohns Colitis. 1 mars 2016;10(3):239-54. 4. Atarabashi-Moghadam S, Lotfi A, Atarabashi-Moghadam F. Pyostomatitis Vegetans: A Clue for Diagnosis of Silent Crohn's Disease. J Clin Diagn Res. 2016 Dec;10(12):ZD12-ZD13. 5. Szymanska S, Lördal M, Rathnayake N, Gustafsson A, Johansson A. Dental caries, prevalence and risk factors in patients with Crohn's disease. PLoS One. 2014;9(3):e91059. 6. Gianchetti P, Dignass A, Danese S, Dias M, José F, Rogler G, et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations. J Crohns Colitis. 1 févr 2017;11(2):135-49. 7. Van de Scheur MR, van der Waal RI, Volker-Dieben HJ, Klinkenberg-Krol EC, Starink TM, van der Waal I. Orofacial granulomatosis in a patient with Crohn's disease. J Am Acad Dermatol. 2003 Nov;49(5):952-4. 8. Sahin T, Brygo A, Delaporte E, Ferri J. Oral Crohn's disease: a series of nine cases. SWISS DENTAL JOURNAL 127: 643-648 (2017). 9. On emploie le terme "biologique" pour désigner des traitements dont la production s'effectue par la mise en culture industrielle de cellules préalablement manipulées afin qu'elles produisent un agent biologique. Cet agent va interagir directement au niveau de certaines cibles spécifiques du système de défenses immunitaires du malade. K. H. Katsanos APT 2015 (lien https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apt.13217)