

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET MALADIE PARODONTALE



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 polyarthrite rhumatoïde¹. L'inflammation et les déformations articulaires rendent plus difficiles le brossage de dents².
- *Porphyromonas gingivalis* pourrait jouer un rôle dans l'apparition et/ou l'aggravation de la PR³(polyarthrite rhumatoïdale).
- Le traitement parodontal pourrait contribuer à une diminution de l'activité de la PR.
- La prise de biomédicaments, fréquemment indiqués dans la prise en charge thérapeutique de la PR, entraîne des précautions vis-à-vis du risque infectieux lors de la réalisation de soins dentaires parodontaux.



Parodonte sain



Gingivite



Parodontite



PATIENT A RISQUE DE PARODONTITE

- ≥ 40 ans
- Antécédents familiaux de parodontite
- Susceptibilité aux infections
- Tabac
- Stress, anxiolytiques
- Risque carieux plus faible

Le patient est-il à risque ?

oui

Inciter le patient à consulter son dentiste + Prescrire un bilan parodontal

non

Informé le patient à propos des signes de maladies parodontales et des risques

RECOMMANDATIONS

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 se déchaussent, 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/ REF Mikuls T et al. Arthritis Rheumatol 2014;66:1090-1100. REF Monsarrat P, et al. Oral Health Dent Manag 2014;13:113-9. - 2/ REF Blaizot A, et al. Int Dent J 2013;63:145-53. - 3/ REF Wegner N, et al. Arthritis Rheum 2010;62:2662-72. REF Montgomery AB, et al. Ann Rheum Dis 2016;75:1255-61. - 4/ REF Kaur S, et al. Semin Arthritis Rheum 2014;44:113-22. - 5/ REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Anti-TNF-Dec2010/17_Chirurgie-soins-dentaires.pdf. - REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/toilizumab2013/F12_CHIRURGIE_SOINS_DENTAIRE_TOCILIZUMAB.pdf. - REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Fiches-Aba-Dec2015/ABA_12_Chirurgie.pdf

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET MALADIE PARODONTALE



GÉNÉRALITÉS

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie articulaire inflammatoire chronique à expression systémique.
- La PR concerne environ 0,4% de la population française.
- Non traitée, elle aboutit à la destruction des articulations, causant douleurs, déformations articulaires, handicaps moteurs et diminution de la qualité de vie¹.
- Les maladies parodontales sont plus fréquentes chez les sujets atteints de PR² :
 - *Porphyromonas gingivalis* pourrait jouer un rôle dans l'apparition et/ou l'aggravation de la PR³.
 - L'inflammation et les déformations articulaires rendent plus difficiles le contrôle de plaque dentaire.
 - Les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire touchent fréquemment les patients atteints de PR.
 - Le syndrome de Sjögren accompagne fréquemment la PR. La diminution du flux salivaire augmente le risque de parodontite mais aussi de carie et de candidose.

LES TRAITEMENTS DE FOND DE LA PR

- Méthotrexate (comprimés ou injections sous-cutanées)⁵
- Biomédicaments (injections sous-cutanées toutes les semaines à toutes les 4 semaines ou perfusions intraveineuses tous les mois à tous les 6 mois)⁵.

RECOMMANDATIONS

- Privilégier les rendez-vous l'après-midi pour laisser passer les raideurs matinales et proposer des rendez-vous courts.
- Porter attention à la position du patient sur le fauteuil pour tenir compte des douleurs articulaires (se munir d'un petit oreiller).
- Dépister la parodontite chronique, les infections péri-apicales chroniques, la sécheresse buccale.
- Le traitement parodontal pourrait aider à diminuer l'activité de la PR.
- Il est préférable, si possible, d'effectuer les traitements conservateurs avant passage au biomédicament.
- La prise de biomédicaments entraîne des précautions vis-à-vis du risque infectieux lors de la réalisation de soins dentaires.

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'antibioprofylaxie se calque 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.

Le délai entre la dernière injection du biomédicament et la réalisation de soins dentaires invasifs devra prendre en compte le niveau d'activité de la PR, les comorbidités, l'existence d'une corticothérapie générale et pourra être discuté avec le rhumatologue⁷.

- Propositions de délais d'arrêt selon la molécule (à titre indicatif, en cas de soins dentaires invasifs programmés)⁷ :

Anti-TNF

Etanercept (SC) : 2 semaines
 Adalimumab (SC), Certolizumab (SC),
 Golimumab (SC),
 Infliximab (IV) : 4 semaines

Modulateur de la costimulation

Abatacept (IV) : 4 semaines
 Abatacept (SC) : 2 semaines

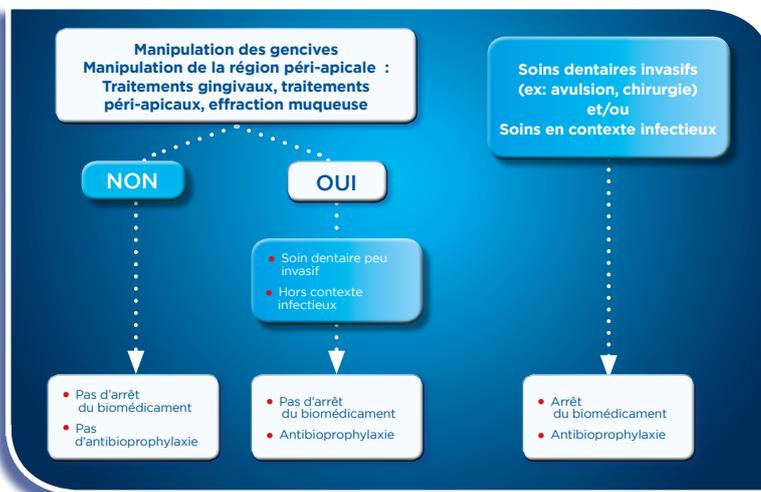
Anti-IL6

Tocilizumab (IV) : 4 semaines
 Tocilizumab (SC) : 2 semaines

Anti-CD20

Rituximab (IV) : 6 mois

- La reprise des injections d'agent biologique du biomédicament se fera dès cicatrisation muqueuse, en l'absence de complication infectieuse⁸.



Bibliographie: 1/ REF <http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato16/site/html/cours.pdf>. - 2/ REF Mikus T et al. Arthritis Rheumatol 2014;66:1090-1100. REF Monsarrat P, et al. Oral Health Dent Manag 2014;13:113-9. - 3/ REF Wegner N, et al. Arthritis Rheum 2010;62:2662-72. REF Montgomery AB, et al. Ann Rheum Dis 2016;75:1255-61. - 4/ Blaizot A, et al. Int Dent J 2013;63:145-53. - 5/ REF Cantagrel A, et al. Rev Prat 2012;62:1099-106. - 6/ REF http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/adae00e42032a71202b2d3c1a9c04a60.pdf. - 7/ REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Anti-TNF_Dec2010/17_Chirurgie-soins-dentaires.pdf. REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/rituximab/12_Chirurgie-soins-dentaires_brulure_et_traumatismes.pdf. REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/tocilizumab2013/F12_CHIRURGIE_SOINS_DENTAIRE_TOCILIZUMAB.pdf. REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Fiches-Aba-Dec2015/ABA_12_Chirurgie.pdf. - 8/ REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Anti-TNF_Dec2010/17_Chirurgie-soins-dentaires.pdf. REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/rituximab/12_Chirurgie-soins-dentaires_brulure_et_traumatismes.pdf. REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/tocilizumab2013/F12_CHIRURGIE_SOINS_DENTAIRE_TOCILIZUMAB.pdf. REF http://www.cri-net.com/ckfinder/userfiles/files/fiches-pratiques/Fiches-Aba-Dec2015/ABA_12_Chirurgie.pdf.