

Etude des manifestations buccodentaires sur une série de patients acromégales (Acrodent)

S. Roumeau^{a*} (M.), J. Thevenon^b (M.), AC. Melka-Laurian^b (Dr), S. Maqdashy^a (Dr), M. Batisse-Lignier^a (Dr), I. Tauveron^a (Pr), L. Devoize^b (Pr)

^a Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, CHU de Clermont-Ferrand, FRANCE ; ^b Service d'odontologie, CHU de Clermont-Ferrand, FRANCE

* Correspondance: sylvain.roumeau@etu.uca.fr

Introduction: Au diagnostic d'acromégalie, près de la moitié des patients rapporte des troubles de l'articulé dentaire et/ou une macroglossie (1) et 20% des patients ont consulté un dentiste pour des manifestations bucco-dentaires (2) mais celles-ci ne conduisent au diagnostic que pour seulement 4% des patients acromégales (3, 4). En effet l'augmentation de l'IGF-1 provoque des modifications osseuses de la mandibule, responsables d'un prognathisme avec augmentation des espaces inter-dentaires, et une infiltration de la langue. Le ciment dentaire et les gencives sont également impactés par la sécrétion de GH et d'IGF-1. Des hypertrophies gingivales et des hypercémentoses ont déjà été rapportées au cours de l'acromégalie (5) mais la fréquence et le type exact des conséquences de l'acromégalie sur les dents et le parodonte ne sont pas connus, bien qu'il soit recommandé d'effectuer un suivi dentaire attentif chez ces patients (6).

Objectif: Notre objectif est de faire un état des lieux précis, clinique et radiologique, de l'état bucco-dentaire des patients acromégales, notamment sur le statut parodontal, c'est à dire l'état des tissus de soutien des dents.

Méthodes: Nous avons évalué prospectivement l'état bucco-dentaire de patients acromégales, guéris ou non. Après recueil des caractéristiques de leur maladie, les patients ont répondu au questionnaire GOHAI évaluant leur qualité de vie orale puis bénéficié d'un examen clinique stomatologique et radiologique par le même spécialiste expérimenté.

Résultats et discussion: 29 patients ont été inclus, âge moyen 59,1 ± 16,0 ans, 52% des patients avaient une maladie non-contrôlée sur le plan hormonal (Tableau 1). A l'examen (Tableau 2), des saignements gingivaux sont présents à 6,5 ± 7,8 % des sites sondés sans noter pour autant de maladie parodontale significative, probablement car la fréquence d'un biotype gingival épais protecteur augmente (9/29; 31%, Figure 1), ce qui est concordant avec des observations précédentes (7,8). Contrairement à l'étude de Çapoglu *et al.* (9), un seul patient avait une hyperplasie gingivale. 2 patients (6,9%) avaient un cémentome isolé sur 1 dent (Fig.1), probablement plus en lien avec une cause mécanique locale (trouble occlusal) qu'un effet hormonal, comme cela a déjà été évoqué (5, 10). 11 patients (37,8%) présentaient des tori (exostoses) maxillaires et/ou mandibulaires volumineux et évidents à l'examen (Figure 1), ce qui est au moins 3 fois supérieur à la population générale (13) et n'a jamais été décrit chez les acromégales. L'indice CAO est de 19,0 ± 7,8, comparable à la population générale (Figure 2; 11,12). Le score Add-GOHAI moyen est de 50,9 ± 8,0 soit une faible satisfaction de leur qualité de vie orale, mais qui reste comparable à celle de la population générale (Figure 3; 14). Dans notre étude, la qualité de vie orale est positivement corrélée à la qualité de vie reliée à la santé évaluée par le questionnaire Acro-QoL, spécifique de l'acromégalie : coefficient de corrélation de Pearson Acro-QoL/Add-GOHAI $r = 0,521$, $p = 0,011$; Acro-QoL/SC-GOHAI (qui évolue en sens inverse) $r = -0,537$, $p = 0,007$.

Tableau 1: Caractéristiques des patients inclus

Age (années)	59,1 ± 16,0
Sexe (H/F)	13 / 16
Délai depuis le diagnostic (Années)	13,3 ± 12,7
IRM initiale: Micro/macro-adénome (n=26)	6 / 21
IGF-1 au diagnostic (LSN; n=15)	2,89 ± 1,57
Statut des patients	
Contrôlé (%)	15 (52)
Guéri (%)	7 (24)
Normalisé sans traitement (%)	4 (14)
Normalisé avec un traitement en cours (%)	4 (14)
Non contrôlé (%)	14 (48)
GH actuelle (ng/mL; n=27)	2,07 ± 2,50
IGF-1 actuel total (LSN, n=29)	1,02 ± 0,59
IGF-1 patients contrôlés (LSN, n=15)	0,57 ± 0,26
IGF-1 patients non contrôlés (LSN, n=14)	1,50 ± 0,44
Traitement	
Chirurgie hypophysaire (%)	22 (76)
Radiothérapie hypophysaire (%)	5 (17)
Traitement médical reçu (%)	20 (69)
Agoniste dopaminergique (%)	8 (28)
Analogues de la somatostatine (%)	20 (69)
Antagoniste de la GH (%)	6 (21)
Complications	
Diabète (%)	9 (31)
HTA (%)	13 (45)
Dyslipidémie (%)	14 (48)
Atteinte cardiaque (%)	12 (41)
Atteinte rhumatologique (%)	20 (69)
Atteinte digestive (%)	21 (72)
Atteinte thyroïdienne (%)	18 (62)
Insuffisance hypophysaire, (au moins 1 axe, %)	12 (41)
Qualité de vie selon score Acro-QoL (n=24)	82,9 ± 14,5

Nombres de patients évalués n = 29 sauf mention contraire.
LSN: Nombre de fois la limite supérieure de la norme.

Tableau 2: Atteintes dentaires et parodontales au cours de l'acromégalie n = 29 patients évalués.

Biotype parodontal:		Atteinte du parodonte	
fin (%)	1 (3,4)	Patients sans aucune poche parodontale > 4 mm (%)	12 (41,4)
moyen (%)	19 (65,5)	Nombre de dents avec des poches parodontales > 4 mm par patient atteint (n=17)	4,4 ± 3,6
épais (%)	9 (31,0)	Profondeur moyenne des poches parodontales (mm)	4,5 ± 0,5
Hyperplasie gingivale (%)	1 (3,4)	Patients avec une parodontopathie sévère	0 (0)
Hypercémentose (%)	2 (6,9)	Indice de saignement, soit le pourcentage de sites sondés (6 par dent) présentant un saignement (%)	6,5 ± 7,8
Patients avec des tori		Atteinte dentaire	
Mandibulaires seulement (%)	5 (17,2)	Nombre de dents cariées par patient (C)	0,48 ± 0,82
Maxillaires seulement (%)	5 (17,2)	Nombre de dents absentes par patient (A)	9,4 ± 7,8
Maxillaires et Mandibulaires (%)	1 (3,4)	Nombre de dents obturées par patient (O)	9,1 ± 4,8
Total (%)	11 (37,8)	Index CAO des patients inclus (C+A+O)	19,0 ± 7,8

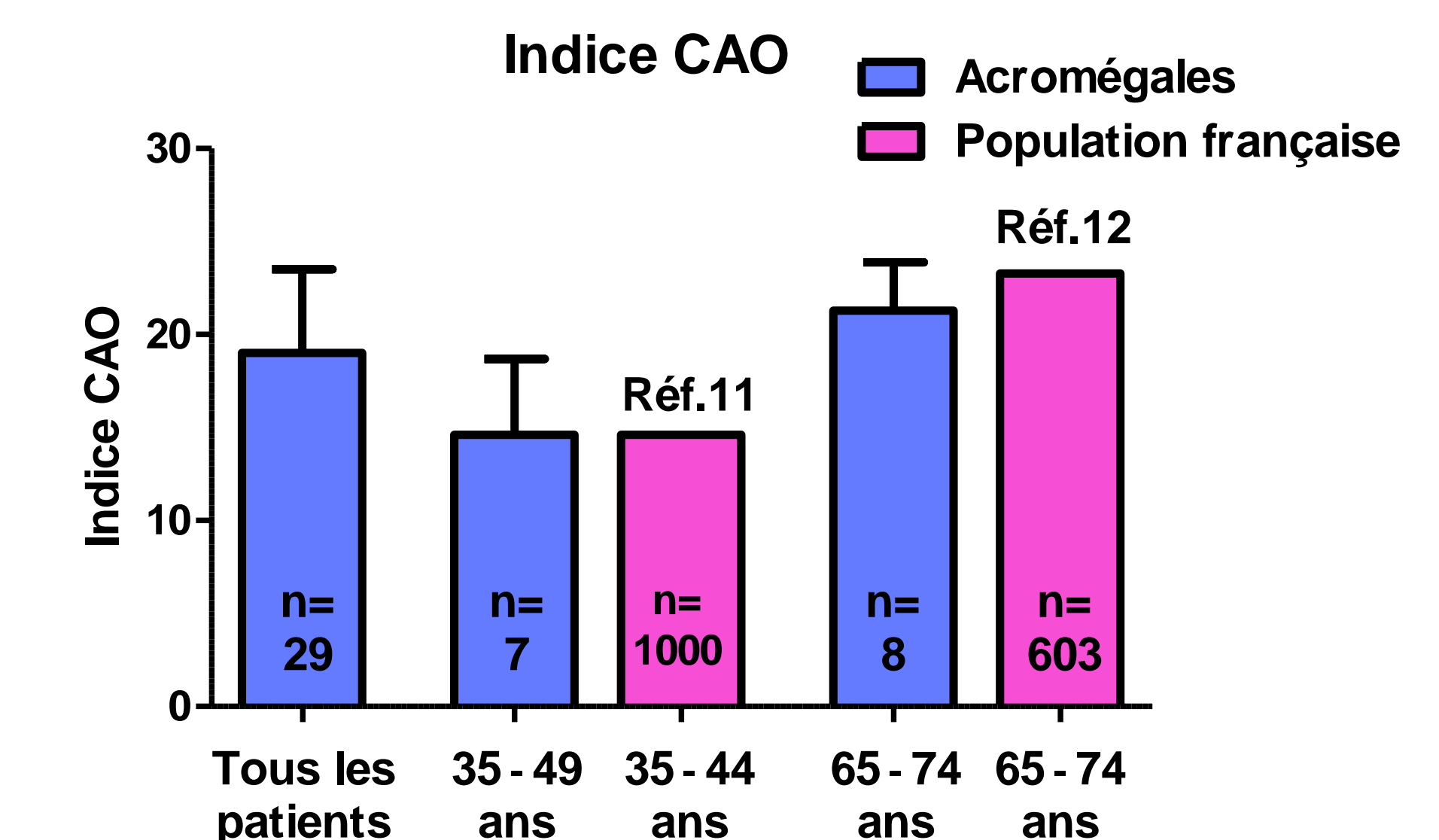


Figure 2: Indice CAO chez les patients acromégales et comparaison avec la population française.

L'indice CAO reflète la fréquence des atteintes dentaires (dents cariées, absentes ou obturées) d'une population et il augmente avec l'âge. Cette indice n'apparaît pas augmenté chez les acromégales pour les 2 tranches d'âge où des données de la population générale française sont disponibles (Réf. 11 et 12).

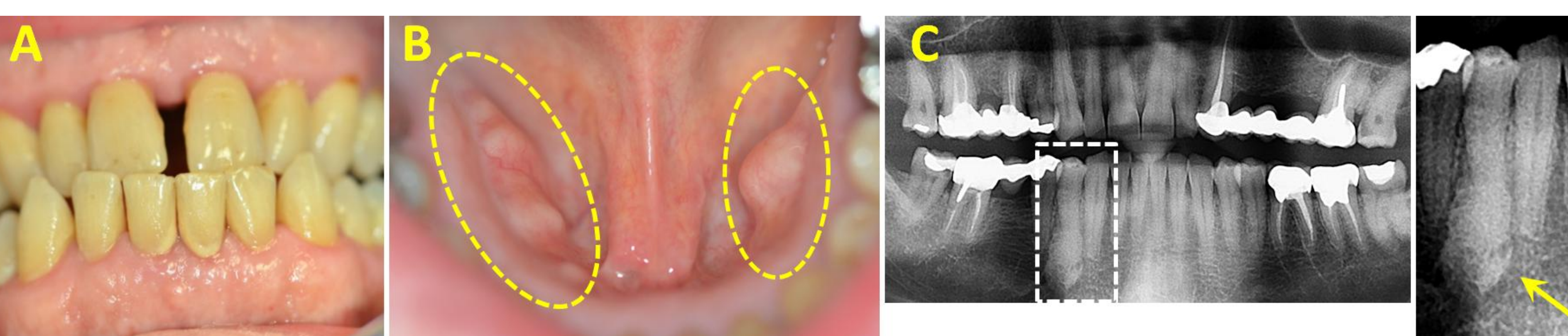


Figure 1: Les acromégales présentent un biotype gingivale épais et des tori mais pas d'hyper-cémentose diffuse.

A-B. Photographies de la cavité buccale d'un patient acromégale montrant (A) des gencives épaisses sans hyperplasie gingivale ni parodontopathie. Noter le diastème central maxillaire et le trouble occlusif (classe III). (B) Présence de tori (excroissances osseuses) mandibulaires bilatéraux (entouré en pointillé). **C.** Orthopantomogramme d'un patient acromégale retrouvant un cémentome isolé de la dent 44 (flèches, zone avec agrandissement).

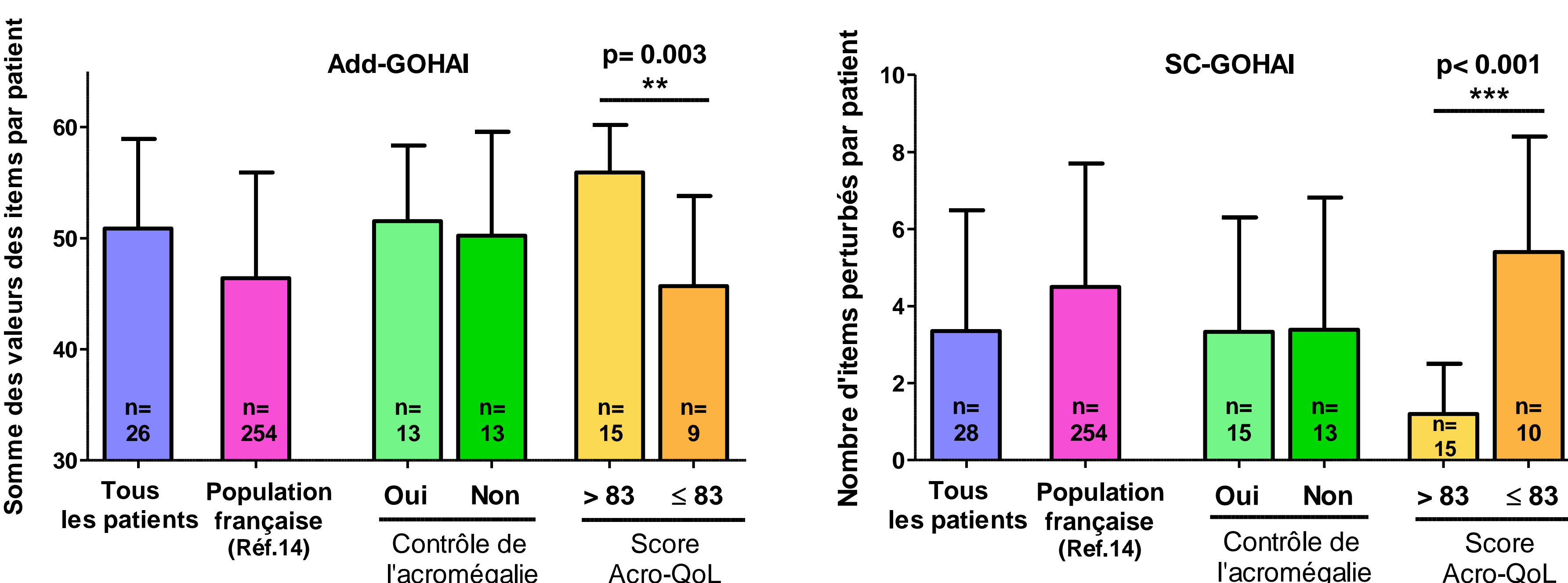


Figure 3: Résultats du questionnaire General Oral Health Assessment Index (GOHAI) chez les patients acromégales.

2 scores sont calculés à partir des réponses au GOHAI: le Add-GOHAI dont la valeur augmente avec la qualité de vie orale (valeur entre 12 et 60) et le SC-GOHAI dont la valeur évolue en sens inverse (valeur entre 0 et 12). Les valeurs de la population française sont montrées (Réf. 14). Ces scores ont été comparés selon le statut de l'acromégalie et le résultats du score Acro-QoL qui évalue la qualité de vie reliée à la santé des patients acromégales (la valeur augmente avec la qualité de vie, score max=110, score moyen à 83, choisi comme seuil).

Conflit d'intérêt: Aucun.

Conclusions:

1/ La faible qualité de vie orale ressentie par les patients acromégales contraste avec un état bucco-dentaire plutôt satisfaisant, comparable à celui de la population générale.

2/ Des tori (exostoses) maxillaires et mandibulaires volumineux (3 fois plus fréquents chez les acromégales) pourraient être un point d'appel pour le diagnostic de l'acromégalie, en particulier en association à des troubles de l'occlusion dentaire.

3/ Ces résultats incitent à proposer aux patients acromégales un suivi dentaire identique à celui de la population générale.

Bibliographie

(1) Caron P, *et al* Posters ep876 from congress ECE (2016). (2) Kreitschmann-Andermahr, I, *et al.* Pituitary (2016) 19, 268–276. (3) Kreitschmann-Andermahr, I, *et al.* Endocrine (2018) 60, 323–328. (4) Nachtigall, L, *et al.* J Clin Endocrinol Metab. (2008) 93, 2035–2041. (5) Cortet-Rudelli, C. Presse Med (2017) 46, 831–837. (6) Chanson, P, *et al.* Ann Endocrinol (Paris) (2009) 70, e9–e22. (7) Bascil, S, *et al.* Bratisl Lek Listy (2014) 115, 588–592. (8) Lima, D.L.F., *et al.* Clin Oral Investig. (2009) 13, 165–169. (9) Çapoglu, I., *et al.* Endocrine (2002) 18, 207–210. (10) Kashyap, R.R. *et al.*, J Oral Sci (2011) 53, 133–136. (11) Hescot, P. *et al.*, Int Dent J. (1997) 47, 94–99. (12) Bourgeois, D., *et al.* Rev Epidemiol Sante Publique (1995) 47, 55–59. (13) Garcia-Garcia, A. *et al.*, Med Oral Patol Oral Cir Bucal. (2010) e353–e360. (14) Tubert-Jeannin, S., *et al.* Community Dent Oral Epidemiol. (2003) 31, 275–284.