



# Parodontite et insuffisance rénale chronique

Pascal De March  
MCU-PH, Université de Lorraine

Lorsque l'on évoque l'association de maladies systémiques avec les parodontites, le diabète, qui fait désormais l'objet d'une attention particulière de la CPAM avec une prise en charge spécifique de bilans parodontaux pour les patients concernés, s'impose logiquement comme le candidat naturel. Pourtant, d'autres maladies chroniques ont aussi une forte dimension systémique pouvant influencer la prévalence, les mécanismes pathogéniques et les méthodes de prise en charge de la maladie parodontale. Les auteurs américano-anglais de l'étude rapportée nous indiquent ainsi que l'insuffisance rénale chronique (IRC) affecte 9,1 % de la population mondiale et que plus d'une personne sur 1000 est diagnostiquée à un stade très avancé de cette maladie. Chaque chirurgien-dentiste est donc statistiquement certainement confronté à cette pathologie pour au moins un de ses patients. D'une manière générale, toute inflammation chronique peut être associée à une IRC qui se traduit par une pathologie multi-système principalement

caractérisée par une rétention de métabolites toxiques, l'urée en particulier, dans le sang avec de multiples conséquences sur les fonctions cellulaires, l'ostéogénèse, le système immunitaire et l'appétit, entre autres. On sait que les chats, particulièrement vulnérables à l'insuffisance rénale, présentent dans les stades les plus avancés de la maladie des ulcérations buccales liées à une trop forte concentration d'urée dans le sang. Est-il possible que l'IRC chez l'humain influence également l'équilibre buccal et les maladies parodontales ? Financée par l'Institut national américain du diabète, des maladies digestives et rénales (NIH/NIDDK), cette revue narrative s'attache à déterminer puis à expliquer les éventuels liens entre maladie parodontale et IRC. Dans une première partie épidémiologique, plusieurs études rapportées évoquent davantage de problèmes parodontaux chez les patients en IRC mais aussi plusieurs facteurs de risque partagés et associés à la prévalence et à la gravité des deux affections. La complexité mais, surtout, les multiples



mécanismes pathogéniques des deux pathologies font que la relation précise entre celles-ci, et la mesure dans laquelle chacune peut contribuer au développement de l'autre, restent difficiles à apprécier de manière objective et quantifiable. Cependant, les auteurs suggèrent que le développement ou la dégradation soudaine d'une parodontite pourrait être un signe caché d'une évolution très défavorable d'une IRC. Parmi les mécanismes pathogéniques évoqués, l'accroissement du taux d'urée dans les fluides gingivaux

pourrait modifier le biotope buccal favorisant un microbiote plus actif dans les maladies parodontales ainsi qu'une modification de la composition et du flux salivaire. Mais le syndrome urémique affecterait aussi plus directement les fonctions immunitaires et osseuses aussi impliquées dans la santé parodontale. Sur la prise en charge parodontale, les auteurs citent plusieurs études qui relatent que des traitements non chirurgicaux chez les patients en IRC avancée réduiraient la concentration de marqueurs pro-inflammatoires et amélioreraient leur santé parodontale, bien que ces résultats soient moins spectaculaires que chez des patients « parodontaux » sains par ailleurs. Un facteur comportemental vis-à-vis d'une observance de l'hygiène buccale moins rigoureuse chez les patients en IRC ainsi que des consultations dentaires de contrôle moins fréquentes sont aussi rapportés comme facteurs pathogéniques associés, mais ce facteur comportemental peut s'expliquer aussi chez des patients dialysés plusieurs fois par semaine (une dialyse dure plusieurs heures) par un épuisement, une lassitude, voire une aversion vis-à-vis de mesures de santé qui dominent déjà leur quotidien. Les auteurs plaident alors pour une approche parodontale mieux ciblée pour les patients en IRC avec une prise en compte spécifique des facteurs biologiques et comportementaux. Ils évoquent aussi l'installation d'un cycle vicieux dans lequel hyper-urémie favoriserait l'établissement d'une parodontite qui, par les mécanismes inflammatoires systémiques mis en jeu, contribuerait à son tour à une aggravation de la maladie rénale et même cardiovasculaire. Plus globalement, on notera la grande difficulté d'établir dans les différentes études citées dans cette revue des conclusions pertinentes avec des intervalles de confiances élevés lorsque l'on cherche à établir des corrélations ou des liens de cause à effet avec l'IRC, car cette maladie, qui altère considérablement et à tous les niveaux la qualité de vie des patients concernés, est le plus souvent associée à d'autres co-morbidités, dont le diabète en premier lieu.

## Questions à...

**“La recherche apporte une aide indispensable à la clinique quotidienne”**

**MICHÈLE RENERS**

Spécialiste en parodontologie,  
rédactrice en chef de L'Information Dentaire et coordinatrice  
de ce numéro spécial parodontites et maladies systémiques

**Sur la base de votre expérience clinique, avez-vous constaté un lien particulier entre la parodontite et certaines maladies chroniques autres que le diabète, en particulier l'insuffisance rénale chronique ?**

Personnellement non. Dans ma pratique privée, je n'ai jamais vraiment remarqué un nombre particulièrement élevé de patients atteints d'IRC. Mais étant donné les caractéristiques des maladies parodontales, cela ne m'étonne pas. En revanche, il est très difficile de mettre en évidence une relation entre deux pathologies, ceci est très bien expliqué dans l'article d'Hélène Rangé. La recherche apporte une aide indispensable à la clinique quotidienne.

**Un patient à un stade d'insuffisance rénale chronique avancée, sous dialyse pluri-hebdomadaire, fait-il l'objet d'une approche ou de précautions particulières au niveau de la prise en charge d'une maladie parodontale associée ?**

La maladie parodontale étant une maladie infectieuse et inflammatoire, sa seule présence induit des modifications systémiques importantes. Donc oui, il faut traiter ce type de patients comme un patient à risque parodontal, surtout s'ils cumulent des facteurs de risque comme le tabac ou le diabète. Bien sûr, le contrôle de plaque doit être parfait et des détartrages doivent être réalisés à un rythme établi selon le profil du patient.

**Quels conseils donneriez-vous aux omnipraticiens pour la prise en charge et le suivi de patients en insuffisance rénale chronique avancée présentant des signes de parodontite ?**

Ces patients ont déjà beaucoup de contraintes liées au traitement de l'IRC et ils risquent de manquer de motivation par rapport à l'éducation thérapeutique. Il faut les considérer comme des patients à risque parodontal. Un enseignement à l'hygiène dentaire doit être prodigué avec beaucoup d'indulgence et en prenant le temps de leur expliquer les risques qu'ils encourent si une maladie parodontale se développe ou si elle n'est pas traitée. Un suivi parodontal très strict tous les 3 ou 4 mois devrait être instauré pour éliminer de manière professionnelle les dépôts mous et durs bactériens et, de ce fait, les aider à éliminer l'infection et l'inflammation.