

Éditorial

Mes chères consœurs,
mes chers confrères,

Nous avons toujours revendiqué un rôle très important, dans la prise en charge des malades qui présentent un cancer de la sphère oro-faciale, au sein d'équipes médicales pluridisciplinaires: dépistage, diagnostic et traitements.

Nous enseignons à nos étudiants en formation initiale les bases de la cancérologie clinique, à la faculté et dans nos services hospitaliers. Nos internes, futurs spécialistes en chirurgie orale, sont en stage dans les services de cancérologie et sont parfaitement intégrés aux équipes soignantes.

Mais c'est le chirurgien-dentiste dans son exercice quotidien qui reçoit ces patients avant pendant et après leur traitement; il réhabilite les fonctions bucco-dentaires et assure aux malades la meilleure qualité de vie possible.

Quand la rédaction d'EluMed nous a proposé un numéro sur la sécheresse buccale, nous avons accepté sans hésiter. En effet, c'est la conséquence des traitements anti-cancéreux la plus handicapante pour le patient même si le protocole de traitement choisi a donné des résultats satisfaisants par ailleurs.

La prise en charge de la xérostomie par le praticien n'est pas simple malgré les traitements palliatifs à sa disposition qui sont de plus en plus performants.

Voici avec ce numéro les données les plus actualisées sur le sujet.

Pr Louis MAMAN
Président de la Société
Française de Chirurgie Orale
www.societechirorale.com

Sècheresse buccale

La xérostomie ou sécheresse buccale n'est généralement pas considérée comme étant au cœur de la pratique du chirurgien-dentiste. Et pourtant ! Ce symptôme s'impose peu à peu comme un nouveau défi pour le professionnel de santé. En effet, il touche approximativement 20 % de la population générale et cette prévalence augmente chez la femme et la personne âgée. L'altération de la qualité de vie (sensation d'inconfort au cours de la mastication, de la déglutition et de la phonation) qui l'accompagne souligne l'importance et la nécessité de sa prise en charge. De plus, dans sa forme chronique, il peut amener au développement de pathologies bucco-dentaires et notamment l'augmentation du risque carieux, d'infections et d'altérations des muqueuses buccales, notamment candidosiques. Au vu du contexte socio-démographique (développement des pathologies chroniques, vieillissement de la population, polymédication...) le chirurgien-dentiste est, et sera, de plus en plus confronté à ce symptôme et à sa prise en charge. La xérostomie, symptôme subjectif, doit être bien différenciée de l'hyposialie vraie, objective. Faire la différence repose sur l'écoute et l'interrogatoire méticuleux du patient

Xérostomie post-radique
(Collection Dr D. Gauzeran)



précédant un examen clinique adapté, complété si nécessaire par des examens paracliniques. Il est de sa responsabilité d'identifier ce symptôme et d'objectiver une hyposialie associée. Des traitements symptomatiques sont à disposition pour assurer la prise en charge de la sécheresse buccale. Les patients devront être sensibilisés à une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et un suivi régulier pluriannuel par le praticien.

Sommaire

p2 **World Workshop on Oral Medicine VI: a systematic review of medication-induced salivary gland dysfunction: prevalence, diagnosis, and treatment.**

A. VILLA, A. WOLFF, D. AFRAMIAN, A. VISSINK, J. EKSTRÖM, G. PROCTOR, R. MCGOWAN, N. NARAYANA, A. ALIKO, Y. WAI SIA, R. K. JOSHI, S. BEIER JENSEN, A. ROSS KERR, C. DAWES & A. M. LYNGE PEDERSEN.

p6 **Management of hyposalivation and xerostomia: criteria for treatment strategies.**
J.B. EPSTEIN & S.B. JENSEN.

p6 **Systematic literature review: xerostomia in advanced cancer patients**
S. HANAHANALE, L. ADKINSON, S. DANIEL, M. FLEMING, S.G. OXBERRY.

p7 **Xerostomia due to systemic disease: review of 20 conditions and mechanisms**
H. MORTAZAVI, M. BAHARVAND, A. MOVAHHEDIAN, M. MOHAMMADI, A. KHODADOUSTAN.

World Workshop on Oral Medicine VI: a systematic review of medication-induced salivary gland dysfunction: prevalence, diagnosis, and treatment.

LA SALIVE

1 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

- **Liquide biologique, visqueux, incolore.** Son pH est neutre ou faiblement alcalin selon les débits de sécrétion.
- **Hypo-osmolaire:** l'osmolarité varie en fonction du débit de sécrétion, elle est relativement faible en situation basale (30 mosm/L) et peut augmenter jusqu'à 300 mosm/L.
- **La production de salive est assurée dès le huitième mois in utéro,** par un ensemble de glandes salivaires.
- **La salive primaire** dont la composition ionique est proche de celle du plasma hypertonique.
- **La salive définitive** est élaborée dans les canaux excréteurs où il se produit une réabsorption active de sodium et de chlore, une sécrétion active de bicarbonates et de potassium. Les canaux excréteurs sont peu perméables à l'eau et les échanges ioniques (réabsorption active de sodium) aboutissent à la formation d'un **liquide hypotonique** par rapport au plasma.

2 COMPOSITION

- **Composée d'environ 99,5% d'eau** et 0,5% de protéines, d'électrolytes, de divers bactéricides et composants antimicrobiens. Les concentrations d'électrolytes diffèrent en fonction du débit salivaire et de l'état d'hydratation de l'organisme essentiel au maintien de la santé bucco-dentaire et au bon déroulement de nombreuses fonctions orales (mastication, gustation, digestion, phonation, etc.)

A. LES COMPOSANTS ORGANIQUES

■ Les enzymes salivaires:

L'**amylase salivaire**, glycoprotéine qui altère les liaisons alpha-1-4 glucosidiques de l'amidon à pH neutre, ce qui libère du maltose et des oligomères glucosidiques (dextrines). Son action est inhibée par l'acide gastrique. L'amylase salivaire représente 30% des protéines salivaires. Elle est sécrétée en majorité par les parotides, d'environ 20% par les glandes submandibulaires et en très faible quantité par les glandes sublinguales et accessoires.

Le **lysozyme**, petite protéine glycolytique, est également une enzyme salivaire avec un rôle antiseptique. Il représente 10% des protéines salivaires totales. Il inhibe l'agrégation des streptococcus mutans et la fermentation du glucose.

Autres enzymes salivaires : kallikréines, collagénases d'origine tissulaire, gélatinases, peroxydases, élastases, protéases, lipases, cholinestérases et ribonucléases. Elles sont capables de dégrader les graisses, les hydrates de carbone ou les protéines. De plus, certaines d'entre elles possèdent un pouvoir antibactérien.

■ Les mucines salivaires

Ce sont des grosses molécules qui confèrent la viscosité à la salive. Ce sont des glycoprotéines constituées d'un assemblage de protéines et d'hydrates de carbone qui sont sécrétées

essentiellement par les glandes sublinguales et parotides.

Elles participent à l'élaboration de la pellicule exogène acquise et confèrent à la salive son pouvoir lubrifiant.

■ Les immunoglobulines plasmatiques (IgA, IgG et IgM)

sont retrouvées dans la salive par diffusion mais elle contient également des immunoglobulines A sécrétoires qui ont un rôle fondamental dans les défenses antibactériennes au niveau du tube digestif.

B. LES COMPOSANTS INORGANIQUES

Ce sont les ions sodium (Na^+), potassium (K^+), calcium (Ca^{2+}), hydrogène (H^+), chlorures (Cl^-), phosphates, bicarbonates, thiocyanates, des halogènes (l'iode, le fluor) et des métaux (le cuivre et le fer). Nous retrouvons le cuivre, le fer et le fluor seulement à l'état de traces.

Les ions H^+ sont responsables du pH salivaire, les ions bicarbonates le tamponnent.

C. LA SÉCRETION SÉREUSE

Elle contient des substances bactéricides (thiocyanate), des enzymes protéolytiques (lysozymes), des anticorps (IgA) et des enzymes agissant sur l'amidon (l'amylase).

D. LA SÉCRETION MUQUEUSE

Elle contient de l'eau et de la mucine. Elle permet ainsi la lubrification et l'hydratation des muqueuses, la phonation, la déglutition, la mastication et la perception du goût.



E. LE FLUX SALIVAIRE

Le flux salivaire normal est de 0.6 L/jour, sécrété à 90% par les glandes salivaires principales, les glandes accessoires, dispersées dans les muqueuses buccales, en fournissant 10%.

La variation du flux se fait selon un cycle circadien, avec un pic en fin d'après-midi. Le débit de repos est de 0.3-0.4 mL/minute, et le débit stimulé de 1.5 à 2 mL/minute.

Les glandes sub-mandibulaires produisent 60% de la salive de repos.

Les parotides produisent une salive séreuse, riche en amylase et en protéines riches en proline, alors que les autres glandes produisent une salive riche en mucines, plus viscoélastique.



Image 1
Orifices des glandes salivaires accessoires palatines
(Collection Dr D. Gauzeran)

Image 2
Lobules des glandes salivaires accessoires labiales
(Collection Dr D. Gauzeran)

À retenir...

- La salive se compose de 99,5% d'eau et son PH est neutre ou faiblement alcalin.
- On définit la **salive primaire** hypertonique et la **salive définitive** liquide hypotonique.
- 30% des protéines salivaires sont des **amylases salivaires** et 10% sont des **lysozymes** qui participent au rôle antibactérien de la salive.
- Les **mucines salivaires** confèrent sa viscosité et son pouvoir lubrifiant à la salive.
- Le **flux salivaire normal** est de 0.6 L/jour, sécrété à 90% par les glandes salivaires principales, les glandes accessoires, dispersées dans les muqueuses buccales, en fournissant 10%.
La variation du flux se fait selon un cycle circadien, avec un pic en fin d'après-midi. Le débit de repos est de 0.3-0.4 mL/minute, et le débit stimulé de 1.5 à 2 mL/minute.

LA XÉROSTOMIE

1 PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

Les dysfonctions sécrétoires salivaires sont définies comme des modifications quantitatives ou qualitatives de la sécrétion salivaire.

La xérostomie, sensation subjective de bouche sèche, ressentie par le patient, est souvent corrélée à une dysfonction sécrétoire (hyposialie).

Toutefois, l'hyposialie n'est pas toujours présente chez les patients se plaignant de xérostomie, et inversement, certains patients avec une hyposialie sévère ne se plaindront pas de bouche sèche.

La xérostomie est fréquente chez les sujets âgés, et bien souvent reste non traitée. **Le stress, la dépression et l'anxiété sont souvent en relation avec la xérostomie.** La polymédication entraîne souvent une diminution de la sécrétion salivaire, probablement via la réduction du flux de repos.

2 ÉPIDÉMIOLOGIE

L'hyposialie touche 5 à 40% des patients, avec une incidence qui tend à augmenter avec l'âge.

Les patients polymédiqués sont statistiquement significativement plus concernés que les patients non polymédiqués. **L'augmentation des prescriptions médicamenteuses favorise la prévalence de l'hyposialie.**

Elle est associée à de nombreuses familles de médicaments : neuroleptiques, antidépresseurs, anticholinergiques, antihypertenseurs et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, antiparkinsoniens, antidiabétiques oraux, inhibiteurs des canaux calciques, AINS, opioïdes...

3 DIAGNOSTIC

• **Le diagnostic repose sur une évaluation clinique soignée.**

L'interrogatoire révèle une sécheresse orale, des difficultés de déglutition ou d'élocution, une hypersensibilité à la prise d'aliments

acides ou épicés, une dysgueusie, des difficultés d'adaptation prothétique... Ces symptômes peuvent être apparus peu de temps après l'initiation d'un nouveau traitement médicamenteux ou au contraire augmentent progressivement avec une prise médicamenteuse au long cours.

• **Des questionnaires d'évaluation de la xérostomie existent :**

- *La quantité de salive dans votre bouche vous paraît-elle insuffisante, excessive ou bien ne la remarquez-vous pas ?*
- *Avez-vous des difficultés de déglutition ?*
- *Votre bouche vous paraît-elle sèche lorsque vous mangez ?*
- *Devez-vous boire un peu d'eau pour vous aider à avaler certains aliments ?*

On peut également interroger le patient sur la sécheresse de la gorge, de la langue, le degré de soif ressentie.

• **L'anamnèse médico-chirurgicale** et plus particulièrement la prise de certains médicaments doit être sérieusement relevée. La présence d'une pathologie systémique à l'origine d'une hyposialie (syndrome de Gougerot-Sjögren, amylose, sarcoïdose) ou d'une thérapeutique (antécédents d'irradiation cervico-faciale) doit être rapportée.

• **L'examen extra et intra-oral inclut :**
la palpation des glandes salivaires principales, avec l'expulsion de salive des principaux canaux excréteurs, l'examen des muqueuses et de la denture.

Il n'existe aucun signe clinique permettant de déterminer les causes d'une hyposialie. Toutefois, la réponse claire à un stimulus signe l'absence d'atteinte irréversible du potentiel sécrétoire et peut être en faveur d'un diagnostic de dysfonction induite par des médicaments.

• **Un score de sécheresse orale peut être établi, selon la présence/absence des signes cliniques suivants :**

- *le miroir colle aux muqueuses orales à l'examen*
- *le miroir colle à la langue*
- *salive mousseuse*
- *absence de salive au niveau du plancher buccal*
- *la langue est dépapillée*

- *la gencive a perdu son aspect en « peau d'orange » et est altérée*
- *la muqueuse apparaît lisse et vernissée*
- *la langue est lobulée ou fissurée*
- *présence de caries cervicales sur plus de 2 dents*
- *présence de débris muqueux au niveau palatin (en l'absence de prothèse adjointe maxillaire).*

4 EXAMENS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

A- MESURE DES FLUX SALIVAIRES (SIALOMÉTRIE)

En général, dans les cas d'hyposialie induite par les médicaments, le débit total de repos est diminué alors que le débit stimulé est inchangé.

Toutefois, certains médicaments anticholinergiques ou analgésiques centraux provoquent une diminution de la salive, à la fois de repos et stimulée.

1 MÉTHODES DE RECUEIL DE LA SALIVE TOTALE

Non douloureuses et peu invasives.

La salive est généralement recueillie le matin, pendant 5 minutes.

Un délai trop court (< 1 minute) ou trop long (>15 minutes) ne permet pas une bonne reproductibilité.

Le patient doit s'être abstenu d'avoir bu, mangé ou fumé dans les deux heures précédant l'examen.

Mesure du flux salivaire total non stimulé

1ère méthode :

Le patient étant toujours en position assise. Soit le patient va cracher au lieu d'avaler la salive qu'il excrète, soit un système d'aspiration va prélever la salive au niveau du plancher buccal.

La quantité de salive est mesurée dans un tube gradué. Les débits salivaires non stimulés inférieurs à 1,5 mL/15min sont considérés comme pathologiques.

2ème méthode :

L'autre technique consiste à placer des cotons ou des compresses dans la bouche ; ceux-ci sont pesés avant puis après 5

minutes, le volume salivaire sécrété étant obtenu par conversion d'unité de poids en unité de capacité. Un gain de masse inférieur à 2.5 g traduit une insuffisance de flux salivaire (Méthode de Saxon).

Mesure du flux salivaire total stimulé

La patient va devoir mâcher un morceau de paraffine ou de gomme à mâcher non parfumée, de manière calibrée (par exemple 70 cycles par minute).

La salive est collectée à intervalles fixes dans un cylindre gradué. Concernant les débits salivaires stimulés, ils seront considérés pathologiques en cas de débit inférieur à 3,5 mL/15min.

Le flux salivaire stimulé peut aussi être obtenu en utilisant une solution d'acide citrique à 2%, appliqué sur les bords de la langue toutes les 30 secondes.

Le test au sucre consiste à laisser se dissoudre un morceau de sucre n°4. Le résultat doit normalement être obtenu en moins de 3 minutes. Ce test indicatif est non douloureux et facilement réalisable mais ne mesure pas le flux salivaire de repos, en effet le sucre déclenche une stimulation gustative.

La mesure sélective du flux

est en général réservée aux études cliniques ou aux consultations spécialisées de pathologie salivaire.

Elle permet de mettre en évidence l'hypo-fonctionnement d'une glande salivaire en particulier.

La collection de salive se fait en positionnant des petites cupules spécifiques au niveau des orifices des canaux excréteurs (Lashley cups). Ces cupules sont reliées à un système d'aspiration.

2 L'ANALYSE DE LA COMPOSITION SALIVAIRE

Ses constituants varient en fonction du nyctémère et de la stimulation ou non des glandes salivaires.

De même, les variations de la composition salivaire peuvent refléter des perturbations électrolytiques au niveau des acini, des troubles de la sécrétion protéique, aqueuse ou des dysfonctionnements des canaux excréteurs.

L'influence de la prise médicamenteuse sur la composition salivaire a été mal documentée, sauf pour la chimiothérapie où il a été montré que celle-ci entraîne une augmentation des taux salivaires de sodium et de chlore et une diminution des phosphates inorganiques. Cela tendrait à montrer que les cellules acineuses et ductales sont affectées par la

chimiothérapie.

Les antihistaminiques, les antidépresseurs et les bêtabloquants semblent influencer la composition salivaire.

B- AUTRES EXAMENS

Échodoppler (imagerie anatomique et fonctionnelle). Il permet d'évaluer la taille des glandes salivaires et l'homogénéité des tissus.

La sialographie et la scintigraphie des glandes salivaires. Ils évaluent le fonctionnement des glandes salivaires.

La biopsie des glandes salivaires accessoires reste un test hautement spécifique pour le diagnostic du syndrome de Gougerot-Sjögren.

5 STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Il est recommandé de dépister l'hyposialie, et de proposer des traitements symptomatiques ou curatifs à cette pathologie invalidante et de sensibiliser le patient à des contrôles réguliers pluriannuels.

• **L'adaptation du traitement médicamenteux responsable de l'hyposialie**, si elle est possible, doit être effectuée. Il peut s'agir d'une adaptation posologique (réduction de dose), de la diminution du nombre des médicaments pris par le patient ou de modifications de la galénique médicamenteuse (notamment pour les médicaments dont il existe une forme à libération prolongée). Il a été démontré qu'au-delà de 2 à 3 médicaments, le risque de développer une hyposialie est significativement augmenté.

• **Les parasymphomimétiques** sont les médicaments les plus retrouvés pour stimuler les glandes salivaires. La stimulation requiert un potentiel sécrétoire résiduel, avec un tissu glandulaire fonctionnel. La posologie usuelle est de 5mg, jusqu'à 3 fois par jour et pendant une durée de 3 mois au moins, avant que l'effet du traitement soit évaluable. Les effets secondaires possibles sont des nausées, vomissements, une diarrhée, une hypersudation, une bronchostriction, une vasodilatation cutanée, une bradycardie, de l'hypotension et des troubles de l'accommodation visuelle. Leur prescription devra être prudente chez les patients asthmatiques, présentant une pathologie cardiovasculaire ou pulmonaire chronique. Avant de prescrire des parasymphomimétiques, l'absence de contre-indication devra être vérifiée auprès du médecin traitant et la persistance d'un potentiel sécrétoire devra être évaluée (chewing-gum).

• **Il existe de nombreux traitements topiques** (substituts salivaires) disponibles sur le marché. Ce sont des méthodes palliatives bien utiles car ces substituts aident à l'humidification et à la lubrification de la sphère orale en imitant la salive. Ils contiennent des agents augmentant la viscosité, comme de l'hydroxyethylcellulose ou de la carboxymethylcellulose, des mucines ou de la gomme de xanthane, des minéraux (calcium, ions phosphates et fluorures), des conservateurs et des arômes. Plusieurs études montrent une différence significative entre des sprays de mucines et un placebo dans la prise en charge de la xérostomie. Ces substituts sont très largement utilisés, y compris chez les patients avec une importante altération de l'état général. Des traitements par homéopathie et phytothérapie existent mais sont controversés car difficilement évaluables.

• **Peuvent être aussi conseillés et/ou envisagés:**

hydratation, hydratation bicarbonatée, adaptation alimentaire, utilisation de sialogogues, utilisation de lubrifiants/substituts salivaires, amélioration de l'hygiène orale et prévention de la carie dentaire.

• **La prévention de la carie dentaire passe par:**

- un contrôle strict de l'hygiène alimentaire et orale,
- des bains de bouche bicarbonatés,
- l'utilisation de dentifrice à haute teneur en fluor,
- la réalisation de gouttière de fluoration.

Stratégie thérapeutique: à retenir...

- adaptation du traitement médicamenteux responsable de l'hyposialie (si possible)
- utilisation de sialogogues et/ou lubrifiants/ substituts salivaires
- adaptation de l'hygiène alimentaire (hydratation bicarbonatée);
- hygiène bucco-dentaire stricte associée à la prévention de la carie dentaire (dentifrice à haute teneur en fluor et/ou réalisation de gouttière de fluoration).

Extrait de “Management of hyposalivation and xerostomia: criteria for treatment strategies.”

J.B. EPSTEIN ¹, S.B. JENSEN ²

Compend Contin Educ Dent. 2015 Sep;36(8):600-3.

¹ Samuel Oschin Comprehensive Cancer Institute, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California, Consulting Staff, Division of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, City of Hope National Medical Center, Duarte, California, Diplomate, American Board of Oral Medicine Collaborative Member.

² Associate Professor, Section of Oral Medicine, Clinical Oral Physiology, Oral Pathology and Anatomy, Department of Odontology, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

1 FONCTIONS BIOLOGIQUES DE LA SALIVE :

AU NIVEAU INTRAORAL :

- Humidification des surfaces orales, nettoyage, formation du bolus
- Lubrification (mucines) : phonation, déglutition, fonctionnalités prothétique
- Barrière naturelle (mucines, humidification)
- Protection des muqueuses (mucines) : facteurs de croissance, hydratation ; facilite la réparation tissulaire
- Effet antimicrobien : limite l'adhérence bactérienne, présence d'anticorps
- Protection des tissus durs : pH, reminéralisation, nettoyage.

AUTRES FONCTIONS :

- Initie la digestion ; rôle social ; élimination de certains médicaments
- Fonctions subjectives : confort, régulation de la sensation de soif, gustation...

2 CAHIER DES CHARGES D'UN SUBSTITUT SALIVAIRE :

- Soulagement rapide
- Effet durable
- Système d'application continu
- Amélioration de la sécrétion
- Agréable
- Non irritant
- Non allergénique
- Sans alcool
- Non sensibilisant
- Goût modéré
- Sans risque d'infection
- Sans effet secondaire systémique
- Pratique (packaging, conservation, transport)
- Coût réduit
- Accessible.

Extrait de “Systematic literature review: xerostomia in advanced cancer patients.”

S. HANCHANALE, L. ADKINSON, S. DANIEL, M. FLEMING, S.G. OXBERRY

Support Care Cancer (2015) 23:881–888

L'hyposalivie est la **seconde plainte majeure** (après la fatigue chronique) chez les patients traités par radiothérapie pour un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), du fait de son impact sur la qualité de vie. Différentes thérapeutiques peuvent être proposées, mais le terrain particulier et l'étiologie de l'hyposalivie en modifient l'efficacité. Une échelle visuelle analogique a permis d'évaluer les améliorations apportées par ces thérapeutiques.

Salive « artificielle » ou substitut salivaire versus parasymphomimétiques:

L'efficacité des parasymphomimétiques semblait meilleure, toutefois l'accessibilité (galénique, pas de prise supplémentaire de comprimés) rendait la salive « artificielle » intéressante.

Les différents traitements proposés présentent une efficacité variable, et le profil du patient ainsi que son choix doivent entrer en compte dans la proposition thérapeutique.

Hyposalivie d'origine médicamenteuse

(Collection Dr D. Gauzeran)



Xerostomia due to systemic disease: a review of 20 conditions and mechanisms.

H. MORTAZAVI¹, M. BAHARVAND¹,
A. MOVAHHEDIAN², M. MOHAMMADI², A. KHODADOUSTAN³

Annals of Medical and Health Sciences Research, Jul-Aug 2014, Vol 4, Issue 4

¹ Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

² Dental Student, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, ³ Periodontist, Private Practice, Tehran, Iran

1 MÉCANISMES DE LA XÉROSTOMIE LIÉS À DES MALADIES SYSTÉMIQUES

MECHANISM	DISEASE
Neuropathic	Diabetes Parkinson's disease
Immune and inflammatory -mediated	Viral infections HIV EBV CMV HTLV-1 GVHD Rheumatoid arthritis Primary biliary cirrhosis SLE Scleroderma Autoimmune thyroid diseases
Granulomatous reaction	Tuberculosis Sarcoidosis
Storage of substances	Hemochromatosis Amyloidosis
Dehydration	ESRD Diabetes
Alteration in salivary gland structure	Scleroderma Hemochromatosis Amyloidosis Actinomycosis GVHD CMV infection
Genetic disorder	Ectodermal dysplasia

NA: Not assigned,
SLE: Systemic lupus erythematosus,
GVHD: Graft-versus-host disease,
ESRD: End stage renal disease,
HIV: Human immunodeficiency virus,
HCV: Hepatitis C virus,
EBV: Epstein-Barr virus,
CMV: Cytomegalovirus,
HTLV-1: Human T-lymphotropic virus type 1

2 INCIDENCES OU PRÉVALENCES DE LA XÉROSTOMIE DUES À DES MALADIES SYSTÉMIQUES

SYSTEMIC DISEASE	PREVALENCE OR INCIDENCE OF RELATED XEROSTOMIA
Diabetes type 1	38.5-53
Diabetes type 2	14-62
Viral infections	
HIV	1.2-40
HCV	5-55
EBV	NA
CMV	NA
HTLV-1	3.8-36.7
Autoimmune thyroid disease	NA
ESRD	28-59
Rheumatoid arthritis	NA
Primary biliary cirrhosis	47-73
Ectodermal dysplasia	33,3
GVHD	16-59
Hemochromatosis	NA
Parkinson's disease	NA
Sarcoidosis	6
Tuberculosis	NA
SLE	75
Amyloidosis	NA
Actinomycosis	NA

Déminéralisation dans un contexte d'hyposialie

(Collection Dr D. Gauzeran)



Opinion

Nous n'en sommes pas suffisamment conscients mais notre bien-être quotidien dépend aussi d'une sécrétion salivaire quantitativement et qualitativement satisfaisantes, indispensable aux activités quotidiennes. Qu'elle soit liée à la sénescence, à une ou des pathologies ou aux conséquences de thérapeutiques diverses, l'absence ou la diminution du flux salivaire sont rapidement source d'inconfort majeur et de problèmes bucco-dentaires pour les patients. La xérostomie est ressentie comme la sensation de bouche sèche. Dans la plupart des cas, mais pas toujours, elle s'accompagne d'une hyposialie vraie (diminution du flux salivaire). On estime qu'au moins 10 à 15% de la population est concerné par la xérostomie, avec une majorité de femmes. L'impact est majeur en termes de qualité de vie, d'autant plus que le parcours de ces patients est complexe. Ils se plaignent de douleurs, de picotements ou de brûlures des muqueuses buccales voire de mauvaise haleine. Ces patients viennent régulièrement nous voir après avoir consulté plusieurs confrères qui, devant l'absence de symptômes francs et la difficulté diagnostique, ne conseillent parfois seulement qu'une prise en charge psychologique. Celle-ci est souvent mal acceptée par les patients, bien que non dépourvue d'intérêt. En effet, la xérostomie provoque des troubles

du sommeil, donc une fatigue chronique, des difficultés d'élocution et de déglutition. Ainsi, les patients développent fréquemment une stratégie d'évitement lors des repas (suppression de certains aliments, refus d'aller au restaurant,...), compromettant l'ensemble de leur vie sociale. La compréhension de l'étiologie et de l'impact physique et psychologique de l'hyposialie permet de proposer une solution ou une aide thérapeutique individualisée. Dans l'hyposialie due au syndrome de Gougerot-Sjögren, l'emploi de thérapies ciblées (anticorps monoclonaux) semble améliorer significativement les paramètres oro-salivaires de ces patients mais cela reste encore à confirmer. Des recherches sur les cellules souches apporteront peut-être aussi une avancée décisive mais dans un avenir plus ou moins lointain.

En attendant la stratégie de prise en charge des patients atteints de xérostomie repose sur le dépistage précoce, l'information et l'éducation thérapeutique du patient et l'emploi de thérapeutiques préventives ou palliatives face aux conséquences prévisibles d'une l'hyposialie vraie.

**Dr A.G. BODARD
& Dr L. NAWROCKI**

EluMed

EluMed est une publication de
Pierre Fabre Oral Care

45 place Abel Gance
92100 Boulogne
France

Direction de la publication:
Dr Jean-Philippe GATIGNOL
jean.philippe.gatignol@pierre-fabre.com

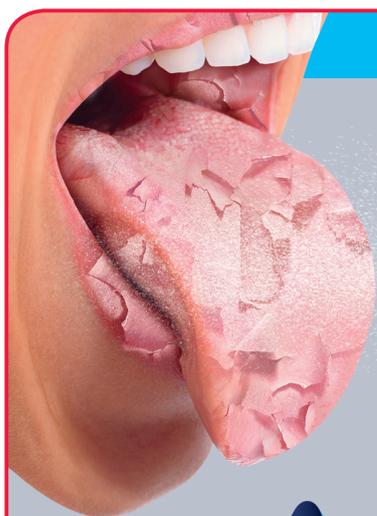
Conception graphique:
JB-CONSEIL

Impression:
SIA

807 064



**Pierre Fabre
ORAL CARE**



ML COMPLEX®
Mouth Lubricating Complex



SOS BOUCHE SECHE ELGYDIUM CLINIC Xeroleave Spray

Le substitut salivaire TRIPLE ACTION

1

AGENT HUMECTANT
(Glycérol)
LUBRIFICATION IMMÉDIATE

2

AGENTS FILMOGÈNES
(Povidone - Copovidone)
PROTECTIONS DES MUQUEUSES

3

AGENT GÉLIIFIANT
(Gomme Xanthane)
EFFET BARRIÈRE

**Pierre Fabre
ORAL CARE**

www.pierrefabreoralcare-services.fr

DÉNOMINATION : ELGYDIUM CLINIC Xeroleave, spray 70 ml. DESTINATION : Soulagement de la sécheresse buccale (xérostomie) associée à un manque ou absence de salive (hyposialie ou asialie) d'origine médicamenteuse ou radiothérapeutique et de la sécheresse buccale du sujet âgé. CARACTÉRISTIQUES : Eau purifiée, Glycérol, Povidone, Hydroxystéarate de macroglycérol, extrait de guimauve, Alcool Benzyle, Phosphate disodique, Phosphate monopotassique, Copovidone, Sorbate de potassium, Xylitol, Gomme xanthane, Chlorure de potassium. CLASSE DU DISPOSITIF MEDICAL : Classe I. FABRIQUANT : Pierre Fabre Medical Devices, 29 avenue du Sidobre, 81106 Castres cedex, France. VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION. Non remboursé par la Sécurité sociale. DATE DE CRÉATION : 12/2015 code ACL : 3 401 060 296 681

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT