

Aphtes et aphtose chronique www.biodenth.be

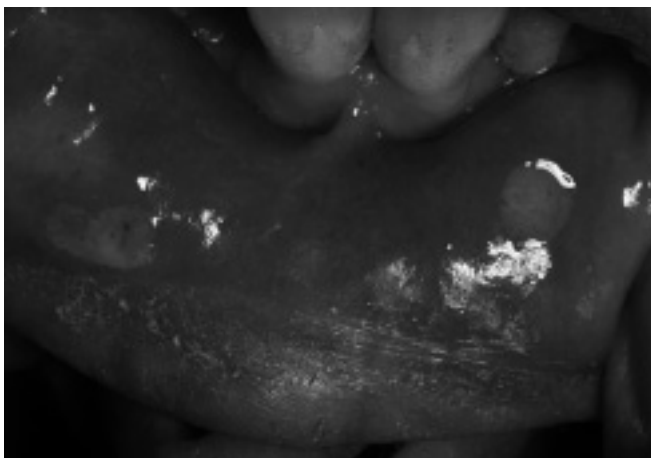
Pascal EPPE (Dentiste LSD)
Dr Georges Mouton (Médecin)

LES APHTES EN RELATION AVEC LE DYSFONCTIONNEMENT INTESTINAL

1ère partie

Les aphtes et les aphtoses sont des pathologies récurrentes, qui nous laissent perplexes quant à leur pathogénie. On estime que 17 % de la population est touchée par l'*aphtose chronique*. Les traitements classiques sont très limités et souvent décevants.

Chez une personne ne présentant pas de maladie qui puisse être mise en cause, les aphtes sont généralement dus soit à des facteurs nutritionnels, soit à des troubles psychologiques ou au stress. Certaines allergies alimentaires sont évoquées (noix, gruyère,...), mais la mise en évidence de ces allergies ou intolérances alimentaires s'avère difficile. Les aphtes peuvent aussi représenter la conséquence de certains traitements radiologiques ou médicamenteux, comme les radiothérapies et les antibiothérapies avec destruction de la flore intestinale.



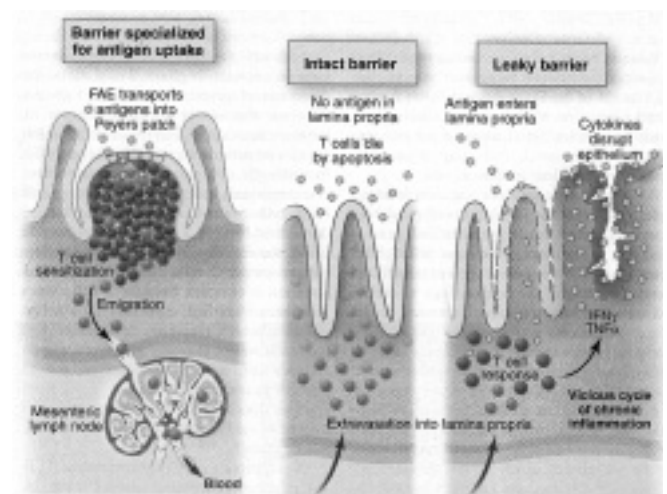
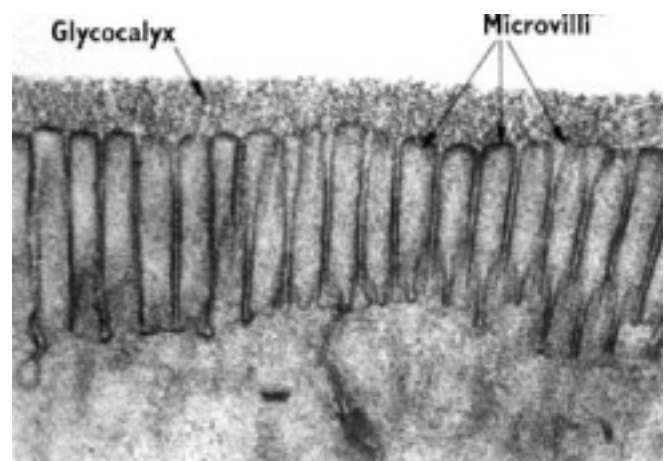
Aphtose et perméabilité intestinale

La *maladie de Behçet* ou grande aphtose, maladie immunologique heureusement rare, provoque des aphtes buccaux, génitaux et même oculaires. Deux études [1,2] montrent que les sujets souffrant du *syndrome de Behçet* présentent une perméabilité intestinale significativement plus élevée. D'une part, cette perméabilité intestinale accrue (« *Leaky Gut Syndrome* ») implique une perméabilité anormalement élevée de la jonction serrée de la muqueuse intestinale. Cela a pour conséquence le passage d'antigènes, d'aliments encore incomplètement digérés et de toxines à travers la muqueuse intestinale, un phénomène responsable de maladies auto-immunes, inflammations et allergies diverses.

D'autre part, le *Leaky Gut Syndrome* implique la souffrance des entérocytes, avec une capacité réduite d'assimiler activement les nutriments au travers de la bordure en brosse.

Ceci risque d'entraîner des carences en vitamines et minéraux par défaut d'assimilation.

De récentes publications scientifiques mettent en relation les inflammations de l'intestin (*recto-colite ulcéro-hémorragique* et *maladie de Crohn*) avec l'aphtose chronique. Cette relation est maintenant établie, vu l'étroite relation entre le fonctionnement de la muqueuse intestinale et celui de la muqueuse buccale qui partagent la même origine embryologique. A ce sujet, une équipe turque vient de publier le résultat de ses recherches [3].



Schémas montrant les implications immunitaires du « leaky gut ».

Aptose et allergie au gluten

Cette équipe a corrélé l'aphtose avec la maladie cœliaque, une allergie sévère au gluten suscitant l'atrophie des villosités intestinales. Les patients atteints de cette pathologie présentent des diarrhées grasses, de l'asthénie, de l'anémie, de l'ostéoporose, de la dépression et souffrent fréquemment de pathologies auto-immunes (thyroïdite ou diabète de type I). En l'absence de diagnostic et de traitement, la maladie cœliaque peut même entraîner de lourdes complications néoplasiques. Son diagnostic est crucial, car il permet de prévenir ces pathologies responsables d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité.

L'étude démontre donc la coexistence plus fréquente, mais loin d'être systématique, entre l'aphtose et la maladie cœliaque. Le dentiste pourrait aiguiller ces patients vers leur médecin traitant ou vers leur gastroentérologue, afin de diagnostiquer une éventuelle maladie cœliaque.



Diagnostic de l'allergie au gluten

Ce diagnostic se réalise par un dosage des anticorps de type IgA orientés contre la gliadine et contre l'endomysium. Un livre publié récemment et consacré à l'écosystème intestinal [9] évoque l'intérêt de dépister de manière plus systématique l'allergie au gluten par le dosage sérologique de ces anticorps, afin de décider qui doit être orienté vers la biopsie pour confirmer le diagnostic définitif. Un laboratoire de biologie au Grand Duché de Luxembourg a mis au point une méthode de dépistage précoce et non invasif de l'allergie au gluten. Suite à une réaction immune contre la gliadine (protéine du gluten), la muqueuse intestinale produit des immunoglobulines IgA sécrétoires contre cette protéine. Comme la maladie cœliaque constitue une atteinte de la muqueuse de l'intestin grêle, il est envisageable que les anticorps IgA produits sur place par la muqueuse intestinale constituent un indicateur plus précoce et peut-être plus fiable de l'allergie au gluten que la détection des anticorps dans le sérum. Ce dosage se réalise via un prélèvement et une analyse de selles. D'ailleurs, une étude a démontré que les IgA et IgG anti-gliadine sécrétés par la muqueuse intestinale peuvent être produits en l'absence des anticorps spécifiques correspondants dans le sérum [4].

Aptose et dentifrices à base de lauryl sulfate de sodium

Le lauryl sulfate de sodium est le détergent le plus utilisé dans les dentifrices du commerce. Ce composé chimique pourrait rendre la muqueuse buccale plus vulnérable en supprimant la couche protectrice, constituée de mucines, qui la tapisse [5]. Au total, trois études cliniques - une préliminaire [6], une à simple insu [7] et une à double insu [8] - ont conclu qu'un dentifrice contenant cette substance provoquait davantage de récives d'aphtes chez les personnes prédisposées qu'un dentifrice qui en était dépourvu.

D'autres causes :

Les changements hormonaux liés au cycle menstruel et les surcharges hépatiques dues à la prise de contraceptifs oraux sont souvent mis en cause dans l'aphtose récidivante.

Les déficiences micronutritionnelles s'avèrent fréquentes et peuvent souvent être mises en relation avec l'aphtose. Elles feront l'objet de la seconde partie de cet article, où seront abordés les traitements naturels efficaces en alternative aux traitements chimiques irritants.

Les traitements classiques sont décevants :

Comme les traitements médicaux n'offrent qu'une efficacité relative, le médecin et le dentiste sont souvent désarmés. Ils recommandent souvent des mesures empiriques, comme l'application de glace et les gargarismes à l'eau chaude salée plusieurs fois par jour. Le bicarbonate de soude et le sel dilué (1 cuillère à thé de chacun dans 120 ml d'eau), ainsi que le peroxyde d'hydrogène dilué à parts égales avec de l'eau, peuvent soulager la douleur et prévenir une éventuelle surinfection : à utiliser en gargarisme quatre fois par jour.

Bibliographie :

1. Fresko I, et al., "Intestinal permeability in Behçet's syndrome". *Ann Rheum Dis*, 2001; 60(1):65-6.
2. Shapiro RF, et al., "HLA-B27 and modified bone formation". *Lancet*, 1976; 1(7953):230-1.
3. Aydemir S, et al., *Turk J Gastroenterol*, 2004 Sep; 15(3):192-5.
4. Engstrom PE, Sundin U, Lavo B, Horhagen G, Hallgren R, Smith CI, Hammarstrom L, "Class and subclass-associated specificity differences of anti-gliadin antibodies from mucosa and serum". *Immunology*, 1992; 77:604-608.
5. Health Notes Online. *The Natural Pharmacy. Health concerns: Canker Sores*.
6. Herlofson BB, Barkvoll P. Department of Oral Surgery and Oral Medicine, Dental Faculty, University of Oslo, Norway. "Sodium lauryl sulfate and recurrent aphthous ulcers: a preliminary study". *Acta Odontol Scand*, 1994 Oct; 52(5):257-9.
7. Chahine L, Sempson N, Wagoner C, "The effect of sodium lauryl sulfate on recurrent aphthous ulcers: a clinical study". *Compend Contin Educ Dent*, 1997 Dec; 18(12):1238-40.
8. Herlofson BB, Barkvoll P, "The effect of two toothpaste detergents on the frequency of recurrent aphthous ulcers". *Acta Odontol Scand*, 1996; 54:150-3.
9. Dr Georges Mouton, "Ecosystème intestinal & santé optimale" - Editions Marco Pietteur, Collection Résurgence.