

Santé bucco-dentaire et vieillissement

Loredana Radoï, Agnès Veille-Finet, Marysette Folliguet

Introduction

Le bien-être oral et une bonne fonction masticatoire sont des facteurs importants pour la qualité de vie des personnes âgées. Les interrelations entre la santé orale et le bien-être sont très présentes chez les personnes âgées exposées, tout au long de leur vie, à des facteurs de risque qui ont entraîné la perte progressive de leurs dents.

Ces facteurs de risque sont représentés par les pathologies orales, le degré d'autonomie et les facteurs socio-économiques. Il s'y ajoute les pathologies muqueuses et les conséquences de la sécheresse buccale fréquemment liée aux prescriptions médicamenteuses ainsi que des comportements inadaptés en termes de santé car la plupart de ces personnes n'ont pas reçu d'éducation à la santé.

Si la perte des dents augmente avec l'âge, on observe une diminution importante de l'édentement total chez les personnes âgées depuis quelques années.

L'OMS a d'ailleurs proposé des objectifs pour une population en bonne santé à l'horizon 2020, en particulier celui de conserver 20 dents naturelles à 80 ans.

Vieillissement physiologique de la sphère oro-faciale

Le vieillissement se traduit le plus souvent par des pertes dentaires qui entraînent des modifications morphologiques au niveau du visage : apparition de rides, accentuation des sillons et plis du visage. Le profil de la personne âgée est caractéristique, avec un glissement du maxillaire inférieur et une perte de la dimension verticale d'occlusion.

De même, l'articulation temporo-mandibulaire est le siège de douleurs en cas de pertes dentaires non compensées.

Les fonctions oro-faciales sont perturbées, qu'il s'agisse du goût, de la mastication, de la salivation ou de la déglutition.

Dents

Les pertes de substance par érosion, abrasion ou attrition sont caractéristiques du vieillissement dentaire, et des fêlures apparaissent sur l'émail. Il a tendance à diminuer en épaisseur ce qui entraîne la mise à nu de la dentine. Celle-ci a tendance à se scléroser et à devenir plus résistante.

La pulpe se rétracte, ce qui réduit les sensibilités douloureuses et explique la découverte de caries parfois importantes sans symptomatologie.

Par ailleurs, la rétraction physiologique de la gencive favorise l'exposition des racines dentaires et du tissu recouvrant leur surface, le cément. Celui-ci offre une moindre résistance au développement de lésions carieuses d'autant que le risque carieux est élevé chez la personne.

Parodonte

C'est l'ensemble des tissus qui entourent la dent et constituent son système d'attache. On distingue le parodonte superficiel, visible cliniquement et associant les tissus gingivaux, du parodonte profond, véritable appareil d'ancrage de la dent qui comprend l'os alvéolaire, le ligament alvéolo-dentaire et le cément.

Les modifications de la **gencive** au cours du vieillissement sont représentées par une perte d'élasticité, un aspect plus lisse, une légère récession et une fragilité accrue aux agressions microbiennes et mécaniques.

L'os alvéolaire, qui se distingue de l'os basal par sa spécificité fonctionnelle, présente également des modifications se traduisant par une réduction des capacités de remodelage, de cicatrisation et d'adaptation tissulaires. On observe une augmentation du nombre de lacunes de résorption, une diminution en nombre et en taille des ostéoclastes et une diminution de la prolifération des cellules ostéogéniques.

La présence de dents joue un rôle majeur dans la conservation de l'os alvéolaire. Lors de la perte dentaire, la résorption de l'os alvéolaire puis de l'os basal se fait en 10 à 30 ans, compromettant parfois les réhabilitations prothétiques.

Histologiquement, l'épithélium gingival présente un amincissement d'environ 30% par rapport à l'adulte jeune et le tissu conjonctif est caractérisé par une fibrose tissulaire avec diminution du nombre de fibroblastes. Cette atrophie du tissu gingival résulterait de la diminution de l'activité proliférative des cellules épithéliales, associée à une augmentation de la mort cellulaire dans le tissu conjonctif gingival superficiel. Ainsi, la diminution du nombre global de cellules pourrait expliquer la récession gingivale et la susceptibilité accrue aux bactéries pathogènes. Parallèlement, la fibrose collagénique de la matrice extra-cellulaire du tissu conjonctif gingival contribue également à ralentir le turnover tissulaire. Ainsi, l'atrophie gingivale pourrait expliquer la diminution des capacités de remodelage et les retards de cicatrisation.

Muqueuses

Le vieillissement concerne les muqueuses masticatoires et de recouvrement mais également la muqueuse du dos de la langue qui comprend les papilles gustatives.

Bien que les modifications des muqueuses soient fréquentes chez les personnes âgées, elles reflètent en réalité plus souvent l'existence de maladies générales et de désordres nutritionnels ou bien les effets secondaires des médicaments.

Le taux de kératinisation de l'épithélium diminue et l'interface épithélium-membrane basale est altérée. Des carences nutritionnelles en fer, vitamines du groupe B et folates, fréquentes chez la personne âgée, sont associées à l'atrophie de la muqueuse buccale. Le taux d'œstrogènes, diminué chez la femme âgée, aggrave ce phénomène.

La muqueuse linguale est également concernée par l'amincissement épithélial, auquel s'associe une perte des papilles fungiformes, responsable de perturbations sensorielles (goût altéré, sensation de brûlure).

Le tissu conjonctif des muqueuses buccales subit également les effets du vieillissement. La lamina propria et la substance fondamentale sont plus riches en fibres, moins vascularisées et la densité cellulaire est diminuée.

Les pathologies artérielles dégénératives, considérées comme incontournables lors du vieillissement, ont été également observées dans les muqueuses buccales. L'innervation de la muqueuse buccale est complexe et varie qualitativement et quantitativement en fonction de la région de la cavité buccale. Le nombre moyen de terminaisons nerveuses augmente avec l'âge, tandis que la complexité du réseau nerveux diminue. De plus, l'innervation de la muqueuse recouvrant les crêtes alvéolaires édentées serait augmentée par le port d'une prothèse.

Glandes salivaires

On observe une atrophie et une diminution de volume des acini, avec une irrégularité des canaux sécrétoires, parallèlement à une augmentation du tissu conjonctif fibreux et du tissu adipeux. L'hyposialie liée au vieillissement est peu importante. En revanche, la diminution du potentiel sécrétoire du parenchyme glandulaire associée à d'autres facteurs de risque tels que la polymédication ou la déshydratation, favorise l'apparition d'un syndrome sec buccal. Certaines comorbidités (maladie d'Alzheimer, diabète, maladie de Parkinson,...) favoriseraient par elles-mêmes l'apparition d'une hyposialie, aggravée secondairement par les thérapeutiques psychotropes prescrites.

Vieillissement pathologique de la cavité buccale

Pathologies des tissus dentaires Photo 1

La carie coronaire débute par l'atteinte de l'émail qui recouvre la couronne de la dent et s'étend ensuite en profondeur avec une altération progressive de la dentine, de la pulpe puis du parodonte.

Les caries radiculaires constituent une pathologie spécifique du sujet âgé et leur prévalence augmente de 18 à 51% au cours du vieillissement. Les racines sont exposées dans la cavité buccale à la suite de la rétraction gingivale. Ces lésions s'étendent en nappes et peuvent provoquer la fracture de la dent.

Selon le degré de sévérité, on classe les caries en 4 stades : lésion initiale, superficielle, cavitaire et avec atteinte pulpaire.

Dans le processus carieux, on identifie deux phases :

- une phase active, aiguë, dans laquelle la surface dentaire apparaît crayeuse, de couleur jaune ou brun clair,
- une phase chronique, dite de carie arrêtée, de couleur brun foncé, voire noire avec une surface luisante, lisse et dure.

Les complications des lésions carieuses sur le tissu pulpaire ne se font pas sur un mode aigu chez le sujet âgé, du fait des modifications physiologiques de ce tissu. Ainsi, la pulpite (inflammation aiguë de la pulpe) n'existe quasiment pas, les réactions pulpaires se présentant plutôt sous forme d'inflammation chronique ou processus dégénératif évoluant souvent à bas bruit. Ceci a comme conséquence le développement de foyers infectieux latents à partir de dents nécrosées, sans symptomatologie d'appel. Ces foyers peuvent progresser sur des périodes longues sous forme de granulomes ou de kystes péri-radicaux qui évoluent aux dépens du tissu osseux.

Parmi les facteurs de risque impliqués dans le développement des caries radiculaires, on relève notamment des modifications de la composition de la flore bactérienne buccale (favorisée par la diminution de la dextérité manuelle et la perte d'autonomie, obstacles majeurs à la pratique de l'hygiène buccale), le niveau de perte d'attache gingivale, l'augmentation de la consommation de sucres, l'adhérence aux surfaces dentaires de l'alimentation molle et l'hyposalivation engendrée par la polymédication.

Pathologies du parodonte

Les modifications des tissus parodontaux au cours du vieillissement altèrent les capacités de défense et de cicatrisation vis-à-vis d'une agression microbienne. La maladie parodontale (gingivite ou parodontite) serait retrouvée chez 55 à 85% des personnes âgées. Cette pathologie se caractérise par des phénomènes inflammatoires gingivaux chroniques associés à la destruction progressive du système d'attache gingivo-dentaire et à une résorption osseuse, à l'origine de douleurs et de mobilités dentaires importantes. Photo 2

Pathologies des muqueuses Encadré 1

Elles sont fréquentes chez la personne âgée et peuvent entraîner des retentissements importants sur l'état nutritionnel et la qualité de vie de celle-ci. Le vieillissement physiologique des muqueuses n'est cependant pas le seul facteur responsable de la survenue des maladies de la muqueuse buccale. Ainsi, les nombreuses pathologies générales et leurs multiples traitements, les carences nutritionnelles et les traumatismes répétés sont autant des facteurs de risque de pathologies de la muqueuse buccale. Ces affections touchent entre 50% à 80% des personnes âgées, avec une augmentation substantielle chez les sujets institutionnalisés, en présence de troubles cognitifs.

Il n'y a pas de maladies des muqueuses buccales spécifiques de la personne âgée ; cependant, certaines pathologies sont plus fréquentes: les modifications liées à l'hyposialie, les ulcérations, les candidoses, les tumeurs bénignes et malignes et les altérations muqueuses associées à la prise de certains médicaments.

- La xérostomie, correspondant à une sensation de bouche sèche, est un symptôme buccal fréquent chez le sujet âgé (25% à 60% des plus de 65 ans), lié à l'hyposialie. L'hyposialie a de nombreuses répercussions cliniques et fonctionnelles. La muqueuse buccale est inflammatoire, rouge, sèche, parfois recouverte d'un enduit jaunâtre ou des croûtes. La langue est souvent pâteuse, lisse et décapillée, et peut être creusée de sillons. On observe aussi des fissures labiales, source de douleurs et de saignements. En outre, l'hyposialie est fréquemment à l'origine d'autres pathologies muqueuses (candidoses, ulcérations chroniques). Photo 3

Les patients ont des difficultés d'élocution, des difficultés à mastiquer et à avaler les aliments secs ou durs, des modifications du goût, une toux sèche nocturne, un besoin de maintenir la bouche humide en buvant très fréquemment y compris la nuit, parfois une sensation de brûlure de la langue et enfin, une susceptibilité accrue des muqueuses aux agressions ce qui engendre l'intolérance au port des prothèses dentaires.

De ce fait, l'hyposialie est un facteur de risque de dénutrition; les perturbations de la constitution du bol alimentaire liées au déficit salivaire peuvent entraîner des difficultés à s'alimenter et l'éviction de certains aliments, compromettant ainsi le statut nutritionnel.

Il a aussi été montré que l'hyposialie prédispose à la survenue de pneumopathies par inhalation en cas de troubles de la déglutition lorsque l'hygiène buccale est déficiente. Compte tenu de ces complications, l'hyposialie doit être prise en charge. Encadré 2

- **Ulcérations**

L'ulcération traumatique représente une pathologie muqueuse fréquente. Elle est provoquée le plus souvent par le port de prothèses amovibles non adaptées, par la présence de dents blessantes mais également par les troubles comportementaux (notamment tics de morsure et parafunctions). Elle peut être unique ou multiple et engendre des douleurs parfois importantes. (photo 4)

La suppression de la cause, par exemple l'arrêt du port des prothèses iatrogènes jusqu'à la cicatrisation complète, suivie de la réparation ou la réfection des celles-ci, l'avulsion des dents délabrées, entraîne la guérison de l'ulcération traumatique en deux à trois semaines, en moyenne. La persistance d'une ulcération après ce délai nécessite la réalisation systématique d'une biopsie muqueuse pour exclure une autre étiologie, notamment néoplasique.

Le carcinome épidermoïde de la muqueuse buccale constitue la majorité des lésions malignes. Son incidence augmente avec l'âge avec un pic de fréquence entre 55 et 70 ans. La consommation chronique d'alcool et de tabac représente le facteur de risque principal mais d'autres facteurs sont incriminés dont certains concernent particulièrement la personne âgée: la présence des lésions précancéreuses (kératose tabagique, lichen plan), les carences nutritionnelles et le mauvais état bucco-dentaire. Les carcinomes buccaux se présentent sous différentes formes. Les formes ulcéreuses, végétantes et ulcéro-végétantes sont les plus fréquentes. (photos 5, 6)

La maladie aphteuse se caractérise par des ulcérations buccales uniques ou multiples qui peuvent atteindre toutes les muqueuses de la cavité buccale. La douleur est le symptôme principal et altère l'alimentation et la qualité de vie de la personne âgée.

Des ulcérations aphtoïdes peuvent faire partie du tableau clinique des anémies ferriprives, des déficits en vitamine B12 et/ou en acide folique, fréquents chez la personne dénutrie. C'est la raison pour laquelle, en présence d'ulcérations aphtoïdes, la réalisation d'un bilan sanguin comportant la numération de la formule sanguine et le dosage du fer, de la ferritine, de la vitamine B12 et de l'acide folique est nécessaire afin de diagnostiquer ces carences nutritionnelles. Leur traitement conduit rapidement à la disparition des ulcérations aphtoïdes.

Certaines maladies bulleuses auto-immunes sont responsables d'ulcérations buccales. Parmi celles-ci, on note le pemphigus vulgaire et les pemphigoïdes cicatricielle et bulleuse. Le pemphigus vulgaire touche habituellement les sujets de plus de 50 ans. L'atteinte de la muqueuse buccale est souvent inaugurale et se caractérise par des lésions à fond rouge foncé, sans dépôt fibrineux, douloureuses, situées au niveau des zones de frottement (gencive attachée, palais, lèvres, langue, joues). L'atteinte cutanée est plus tardive.

La pemphigoïde cicatricielle touche préférentiellement le patient âgé. Elle se caractérise par l'atteinte élective des muqueuses oculaire et buccale et par la cicatrisation des lésions avec l'apparition de synéchies. L'atteinte cutanée et celle des autres muqueuses sont moins fréquentes. (photo 7)

La pemphigoïde bulleuse affecte avec prédilection les personnes autour de 80 ans. Elle débute au niveau cutané. La muqueuse buccale est touchée dans moins de 20% des cas. La guérison des lésions n'entraîne pas de cicatrices.

- **Candidose buccale**

La candidose buccale fait partie des pathologies fréquentes chez le sujet âgé. Sa survenue est favorisée par de nombreux facteurs, généraux (hyposialie induite par la polymédication, maladies générales, irradiation cervico-faciale, diabète sucré déséquilibré, antibiothérapie prolongée, immunodéficiences acquises par corticothérapie ou autres traitements immunosuppresseurs au long cours) et/ou locaux (port de prothèses amovibles défectueuses, hygiène bucco-dentaire insuffisante).

Il existe des formes aiguës (candidose érythémateuse et pseudomembraneuse ou muguet) ou chroniques (perlèche rétro-commissurale, glossite losangique médiane, ouranite, candidose hyperplasique). (photo 8)

Les lésions sont localisées le plus souvent au niveau du palais recouvert par une plaque prothétique, de la face dorsale de la langue ou des commissures buccales chez l'édenté non appareillé du fait de l'effondrement de la dimension verticale de l'étage inférieur du visage et de la macération des plis labiaux dans la salive. Les lésions candidosiques sont responsables de stomatodynies et d'altération du goût.

Outre le traitement topique et/ou systémique de la candidose, la prise en charge des facteurs favorisants (équilibration du diabète, traitement de l'hyposialie, désinfection des prothèses amovibles, leur réfection si nécessaire, amélioration de l'hygiène orale) permet de prévenir les récurrences.

- **Pathologies muqueuses tumorales bénignes**

Parmi les pathologies tumorales bénignes des muqueuses buccales, deux concernent le sujet édenté partiel ou total. Les diaphnesies sont provoquées par la succion de la muqueuse jugale ou labiale à travers un édentement non compensé. (photo 9) L'hyperplasie fibro-épithéliale des muqueuses, «en feuillet de livre», est due au port d'une prothèse amovible iatrogène. (photo 10) Ces lésions tumorales nécessitent une exérèse chirurgicale avant une réhabilitation prothétique adéquate.

- **Pathologies muqueuses associées à la prise de médicaments**

La polymédication est responsable de nombreux effets iatrogènes dont la sécheresse buccale, les stomatodynies et les pathologies muqueuses. Parmi celles-ci, on peut citer l'hypertrophie gingivale due à la prise d'inhibiteurs de canaux calciques, de ciclosporine ou de diphénylhydantoïne, et les ulcérations induites par le méthotrexate, le nicorandil, l'indométacine, les bêtabloquants, les antirétroviraux, les inhibiteurs du TNF-alpha et les inhibiteurs de protéines-kinases. (photo 11) D'autres molécules peuvent être responsables d'ulcérations muqueuses associées à la nécrose de l'os sous-jacent: inhibiteurs de la résorption osseuse (les bisphosphonates et le dénosumab), certaines molécules anti-cancéreuses récentes (les anticorps monoclonaux comme le bévacizumab et le rituximab, les inhibiteurs des récepteurs à tyrosine kinase comme le sunitinib).

Chez la personne atteinte de troubles cognitifs, des ulcérations caustiques ou des pigmentations peuvent apparaître à l'endroit où la muqueuse buccale a été en contact prolongé avec un comprimé gardé en bouche (par exemple, ulcération au contact d'un comprimé d'aspirine, pigmentation au contact d'un comprimé contenant du sulfate ferreux).

Interrelations entre santé générale et santé orale

- **Répercussions des pathologies générales sur la santé orale et la prise en charge odontologique de la personne âgée**

Peu de maladies s'observent spécifiquement chez la personne âgée, mais l'incidence des pathologies augmente avec l'âge. Certaines affections sont considérées comme constantes (arthrose, athérosclérose, pathologies dentaires et troubles de la vue) et d'autres comme fréquentes (pathologies cardio-vasculaires, pathologies neurodégénératives, ostéoporose, diabète, cancers).

Dans la population générale, les maladies cardio-vasculaires touchent environ 20% des personnes âgées de 65 ans ou plus. Parmi elles, les affections les plus fréquentes chez le sujet âgé sont l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, les arythmies, l'hypotension orthostatique, les valvulopathies et les pathologies d'origine athérosclérotique. Parmi les pathologies ostéo-articulaires, 20,5 % des sujets âgés de 65 ans ou plus déclarent une arthrose périphérique, 10,7 % des rhumatismes et 12,2 % des dorsopathies. La prévalence de l'ostéoporose augmente également avec l'âge et concerne plus fréquemment les femmes. En France, 10 % des femmes de 50 ans, 20 % des femmes de 60 ans et 40 % de celles de 75 ans sont atteintes d'ostéoporose. Paradoxalement, les répercussions de l'ostéoporose sur l'appareil masticateur ont été peu étudiées. Il a été mis en évidence une association entre la hauteur du bord alvéolaire édenté et la quantité de calcium présent dans l'organisme. De plus, il semblerait que la perte osseuse mandibulaire soit plus importante chez la femme (1,5% par an) que chez l'homme (0,9% par an). Les maladies neuro-dégénératives (notamment la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer) et la dépression concernent environ 10 % des 65 ans ou plus. La probabilité de développer un cancer s'accroît également avec le nombre des années. Certains cancers sont plus fréquents que d'autres chez la personne âgée: le cancer de la prostate chez l'homme, le cancer du sein chez la femme, les cancers colo-rectaux et gastriques ou les cancers hématologiques (lymphomes, leucémies) dans les deux sexes. La consommation journalière moyenne chez les personnes âgées de 65 ans ou plus est de 3,6 médicaments.

Le nombre de pathologies et de médicaments augmente chez les sujets institutionnalisés. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 85% des résidents présentent une affection neurologique ou psychiatrique. Les maladies cardio-vasculaires touchent environ 75% des résidents et les affections ostéo-articulaires concernent 50% d'entre eux. Ainsi, globalement, les résidents des EHPA cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées par un médecin et consomment en moyenne 6,4 médicaments par jour.

La polymédication des personnes âgées augmente le risque d'effets indésirables et diminue l'observance des traitements. De plus, certaines pathologies et certains traitements peuvent compliquer la prise en charge odontologique et nécessitent la mise en œuvre rigoureuse des protocoles de soins décrits dans les recommandations professionnelles nationales et internationales. L'interrogatoire médical des patients âgés est une phase clé dans leur prise en charge. Celui-ci est parfois difficile, surtout en cas de troubles cognitifs, doit être minutieux, et nécessite la recherche de(s) médecin(s) prescripteur(s) présent(s) et passé(s) afin de reconstituer l'histoire médicale complète de la personne âgée. La famille peut être une aide précieuse dans cette démarche.

En fonction de l'état de santé générale, un ou plusieurs risques existent lors de la réalisation des soins bucco-dentaires. Parmi ceux-ci, on note des risques locaux, au niveau du site opératoire (infectieux, hémorragique, retard de cicatrisation, ostéonécrose de maxillaires...), et des risques infectieux à distance de la cavité buccale (endocardite infectieuse, infection de prothèse articulaire, abcès d'organe...).

Risque infectieux

Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque infectieux du fait de leurs polyopathologies, leur dénutrition et leur polymédication. Ainsi la réalisation d'actes invasifs bucco-dentaires est responsable d'une bactériémie transitoire, en particulier chez les sujets qui ont un mauvais état bucco-dentaire et présentent fréquemment des foyers infectieux chroniques. Cependant, des bactériémies surviennent également lors des gestes de la vie courante (mastication, brossage dentaire...). Par conséquent, la notion de risque infectieux ne devrait pas être limitée seulement aux soins bucco-dentaires. Elle doit impliquer également des mesures rigoureuses de prévention et d'hygiène bucco-dentaire.

De plus, la présence d'une pathologie chronique non équilibrée (diabète sucré, insuffisance rénale ou hépatique, infections chroniques bactériennes, virales ou fongiques...) augmente le risque d'infection locale et/ou générale chez la personne âgée. Enfin, la dénutrition, particulièrement fréquente chez les sujets âgés institutionnalisés ou chez les personnes en situation de précarité sociale, constitue un facteur important de risque infectieux.

Parmi les risques infectieux à distance de la cavité buccale, on note le risque d'endocardite et d'infection d'une prothèse articulaire.

- Les pathologies à haut risque d'endocardite infectieuse qui peuvent concerner la personne âgée et qui nécessitent une antibioprofylaxie lors des actes dentaires impliquant la manipulation des tissus gingivaux, de la région péri-apicale ou l'effraction de la muqueuse buccale sont l'existence d'une prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou du matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice (anneau prothétique...) et l'antécédent d'endocardite bactérienne. Certains actes bucco-dentaires sont contre-indiqués (pose d'implants, traitement endodontique des dents à pulpe nécrosée...); la réalisation des autres soins invasifs autorisés (détartrage, extractions dentaires...) nécessite une antibioprofylaxie avec 2g d'Amoxicilline une heure avant le geste (ou 600mg de Clindamycine chez le patient allergique aux pénicillines).

- Les nouvelles recommandations de l'AFSSAPS (2011) de prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire ne sont plus en faveur d'une prophylaxie des infections articulaires lors des soins invasifs bucco-dentaires chez les patients porteurs de prothèses. En revanche, le bilan dentaire avant la pose de prothèse articulaire et l'éradication des foyers infectieux restent indispensables.

Risque hémorragique

L'utilisation des médicaments hypocoagulants (antiagrégants plaquettaires, anti-vitamines K, anticoagulants oraux directs, héparines de bas poids moléculaire) chez les personnes âgées est justifiée par l'augmentation de manière exponentielle avec l'âge des pathologies thrombo-emboliques veineuses et artérielles. Ces traitements prédisposent à un risque hémorragique local lors des actes invasifs bucco-dentaires. En France, les recommandations de prise en charge de ces patients lors de la chirurgie bucco-dentaire préconisent l'application d'un protocole rigoureux d'hémostase locale (sutures, matériaux hémostatiques, colles...), sans arrêt du traitement anti-thrombotique. En effet, l'arrêt de celui-ci peut entraîner la récurrence de l'accident thrombotique artériel (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...). Chez les patients porteurs d'un stent coronarien, l'interruption, même temporaire, du traitement antiagrégant peut provoquer un infarctus aigu du myocarde ou entraîner la mort subite par thrombose aiguë du stent.

La mise récente sur le marché des nouveaux anticoagulants oraux, avec un risque hémorragique difficilement évaluable pour les actes odonto-chirurgicaux, nécessite la communication entre le

chirurgien-dentiste et le médecin prescripteur afin d'évaluer ce risque et de mettre en œuvre les protocoles de soins adéquats.

Risque d'ostéochimionécrose des maxillaires

Les bisphosphonates et, plus récemment des anticorps monoclonaux anti-RANKL (dénosumab), sont utilisés pour traiter les pathologies dans lesquelles il existe une résorption osseuse excessive conduisant d'une part à des hypercalcémies et d'autre part à des atteintes osseuses à l'origine de douleurs et de fractures. Parmi ces pathologies, on note l'ostéoporose, traitée principalement par des bisphosphonates oraux ou du dénosumab (Prolia© 60 mg) et les pathologies malignes (métastases osseuses des tumeurs solides, myélome multiple), traitées par des bisphosphonates intraveineux ou du dénosumab (Xgeva© 120mg). Afin de pallier le manque d'observance du traitement hebdomadaire avec un bisphosphonate oral chez la personne âgée, une perfusion annuelle de zolédronate peut être prescrite. Cette prescription est souvent oubliée et non signalée au chirurgien-dentiste amené à prendre en charge le patient, ce qui peut conduire à des complications bucco-dentaires.

Le rôle des bisphosphonates intraveineux dans la survenue d'ostéochimionécroses des maxillaires dans un contexte oncologique et d'acte invasif bucco-dentaire est aujourd'hui bien établi. A l'inverse, l'apparition d'ostéochimionécroses chez des patients bénéficiant de traitement par voie orale, pour l'ostéoporose, reste plus rare. Certains facteurs favorisent cette complication, notamment la durée de traitement supérieure à 3 ans, les doses administrées, les comorbidités et leurs traitements, la consommation de tabac et la mauvaise hygiène bucco-dentaire des patients. (photo 12)

Toutes les recommandations actuelles invitent à une attitude préventive afin de limiter l'apparition de l'ostéonécrose des maxillaires, attitude visant l'éradication des foyers infectieux avant le début du traitement, l'utilisation des protocoles de soins préconisés dans les recommandations professionnelles actuelles pendant le traitement et le suivi régulier pendant et après le traitement. Des mesures supplémentaires pour encadrer le risque d'ostéochimionécrose chez les patients traités par bisphosphonate intraveineux ou par dénosumab ont été récemment recommandées par le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Ces mesures reposent sur la mise en place d'une carte patient visant à sensibiliser les professionnels de santé et les patients et renforcer le suivi bucco-dentaire.

- Répercussions des pathologies orales sur la santé générale de la personne âgée - Encadré 3

Aujourd'hui, il est clairement établi que la maladie parodontale affecte le contrôle métabolique du diabète sucré et que le traitement de celle-ci en améliore la prise en charge (meilleur contrôle de la glycémie, diminution de l'HbA1c et diminution des doses d'insuline nécessaires quotidiennement). Egalement, la maladie parodontale serait impliquée dans la survenue de l'athérosclérose et des pathologies cardio-vasculaires.

De nombreuses études indiquent que les procédures bucco-dentaires invasives peuvent conduire à la décompensation des maladies cardio-vasculaires préexistantes et augmenter le risque d'événements aigus (accident vasculaire cérébral ischémique et infarctus du myocarde). Cette complication des soins serait liée à l'anxiété, la douleur et l'utilisation des molécules anesthésiques contenant des vasoconstricteurs. C'est la raison pour laquelle, en cas de maladie cardio-vasculaire sévère, les patients doivent bénéficier d'une prise en charge bucco-dentaire en milieu hospitalier, sous monitoring des fonctions vitales.

Il existe également un lien établi entre les infections bucco-dentaires et l'hygiène bucco-dentaire défectueuse et la survenue d'infections respiratoires et ORL, notamment de pneumopathies par inhalation, en particulier en présence des troubles de la déglutition, de la diminution de la résistance immunitaire ou du réflexe de toux. L'aspiration peut se produire au cours de l'alimentation, mais également la nuit chez 45% des sujets sains et chez 70% des patients souffrant de démence. Les pneumopathies d'inhalation représentent environ 20% des infections nosocomiales et 2/3 de ces pathologies respiratoires atteignent des patients de plus de 60 ans. Les pneumopathies représentent 13 à 48% des infections en établissement et sont la cause majeure de décès chez les 65 ans et plus. Le portage oropharyngé de bacilles Gram négatif, de Staphylocoques dorés ou de Candida albicans semble plus important chez les patients hospitalisés ou résidents en maison de retraite que chez des personnes vivant à leur domicile. Les personnes ayant au moins 10 dents et des poches parodontales profondes ont 4 fois plus de risque de décéder d'une pneumopathie que ceux qui n'ont pas de poches parodontales. Chez les édentés, le port d'une prothèse défectueuse ou la présence d'une candidose généralisée est fortement associé au risque d'infection respiratoire.

L'amélioration de l'hygiène orale diminue d'environ 40% l'incidence des pneumonies nosocomiales.
Encadré 4

L'édentement entraîne aussi des dysfonctions neuromusculaires susceptibles de favoriser les apnées du sommeil qui atteindrait un homme âgé sur deux et une femme âgée sur quatre. L'apnée accélérerait les manifestations de la maladie d'Alzheimer.

Dénutrition

L'état bucco-dentaire des sujets âgés est généralement défectueux alors que santé et confort oraux sont des pré-requis à une fonction masticatoire correcte et à une bonne nutrition. Le vieillissement de la cavité buccale et les pathologies qui y sont associées entraînent une diminution du potentiel masticatoire qui est sous l'influence de nombreux co-facteurs tels que le nombre, l'état et la mobilité des dents, la diminution du flux salivaire, le port éventuel de prothèses, la présence d'une inflammation gingivale ou de pathologies des muqueuses associées à des douleurs. Le potentiel masticatoire influence le type d'alimentation avec un impact sur les apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, le confort et le bien-être.

La conservation d'un nombre minimum de 20 dents semble nécessaire au maintien d'une fonction masticatoire correcte et d'une bonne nutrition ; cependant chez le sujet âgé, ce nombre est rarement atteint.

La perte de dents peut constituer un facteur de risque d'être en sous poids du fait de la perturbation du potentiel et du temps masticatoires, elle favorise les modifications du régime alimentaire conduisant à l'exclusion de certains aliments (protéines animales) et à la consommation excessive d'autres (sucreries). La perte de masse musculaire striée liée à l'âge (plus importante chez les édentés) ainsi que des facteurs de compensation tels qu'une mastication unilatérale, contribuent également à diminuer l'efficacité masticatoire. A cela s'ajoute le fait que l'atrophie physiologique de la muqueuse, responsable d'une vulnérabilité aux traumatismes et à la pression durant la mastication, cause l'éviction de certains aliments durs et riches en fibres.

La perte de dents affecte plutôt le choix des aliments. Chez les 65 ans et plus, on observe des différences importantes si les sujets ont encore des dents ou sont totalement édentés, porteurs ou non de prothèses. La capacité masticatoire est affectée par l'état dentaire mais pas la prise de nutriments, excepté chez l'édenté total.

Ainsi la réduction du nombre de dents, un état dentaire non satisfaisant et simplement le vieillissement physiologique des tissus bucco-dentaires favorisent les régimes pauvres en fruits, fibres et protéines, et riches en hydrates de carbone. Chez les sujets présentant un état dentaire défectueux, on observe des déficits en fer, en vitamine A, vitamine C, acide folique, thiamine et protéines, ainsi qu'un risque accru de morbidité et mortalité.

Il existe une association entre l'édentement, les apports faibles en nutriments et les multiples inadéquations diététiques conduisant à un régime athérogène. Les personnes totalement édentées ont habituellement des prises alimentaires quantitativement inférieures aux niveaux recommandés. De même, les indicateurs de la dénutrition, tels que l'indice de masse corporelle ou la perte de poids sont corrélés avec les troubles masticatoires. Il a été montré le rôle significatif de l'édentement et du port de prothèses mal adaptées dans la perte de poids supérieure à 4%. De plus, la diminution du taux d'albumine serait statistiquement liée à la présence de caries radiculaires et de nombreux troubles buccaux sont impliqués dans la perte de poids de plus de 10% : halitose, hygiène buccale insuffisante, bouche sèche, absence d'occlusion, pathologie temporo-mandibulaire, infection, inflammation, lésions muqueuses, douleurs orales. Parmi ces troubles, les perturbations de la constitution du bol alimentaire liées à l'hyposialie sont importantes, entraînent des difficultés à s'alimenter et compromettent le statut nutritionnel. De même, on observe un indice de masse corporelle plus faible chez les sujets atteints de parodontite sévère ; ceci peut s'expliquer par le fait que cette pathologie associe mobilités dentaires et douleurs susceptibles de modifier le potentiel masticatoire ainsi qu'une inflammation gingivale évoluant sur un mode chronique pouvant altérer les réserves énergétiques de sujets déjà fragiles.

De nombreuses pathologies générales contribuent également à altérer le potentiel masticatoire : la maladie de Horton pouvant entraîner une claudication intermittente des muscles masticateurs et de la langue, les paralysies faciales après accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer associant des troubles de la mastication et de la déglutition.

Les édentés totaux non appareillés ont une faible capacité masticatoire. Il y a de grandes variations individuelles dans le statut nutritionnel de ces personnes. Certains compensent en éliminant des aliments, ce qui peut conduire à des troubles gastro-intestinaux par exemple. Les réhabilitations prothétiques améliorent la capacité masticatoire et facilitent donc les prises alimentaires. Le plus

souvent, les scores de MNA sont meilleurs chez les porteurs de prothèses et les personnes ont davantage de plaisir à s'alimenter.

Prise en charge odontologique

Les personnes qui deviennent âgées actuellement ont des états bucco-dentaires meilleurs que leurs aînés. En effet, elles ont davantage bénéficié de soins préventifs (effets du fluor) et curatifs, ont davantage de dents et sont plus conscientes de leur santé bucco-dentaire. De ce fait, il est plus complexe de maintenir une bonne santé orale. Nombre de ces personnes ont des demandes esthétiques, et souhaitent conserver un état bucco-dentaire sain. Encadré 5

Déroulement de la première consultation. Encadré 6

Les données classiques telles que l'état civil, l'âge, l'ancienne profession du patient, sont notées dans le dossier médical. Les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient ainsi que les traitements en cours, récents et anciens sont également recueillis, et si besoin, des informations sont demandées au médecin traitant et/ou à la famille.

Le premier rendez-vous doit permettre d'établir une relation de confiance avec le patient. Il est souhaitable, lors de l'entretien, d'éviter les bruits nuisibles et les interruptions de la consultation afin de pouvoir se focaliser sur le patient.

Beaucoup de chirurgiens-dentistes considèrent d'emblée les personnes âgées qui viennent en consultation comme de «mauvais patients» chez lesquels il est impossible de réaliser des traitements dentaires complexes. Cette attitude préjudiciable est souvent liée à un manque de connaissance des mécanismes du vieillissement et à des idées reçues. Le praticien doit, au contraire, recueillir lors de la première consultation, les éléments constituant des facteurs de décision de soins bucco-dentaires, parmi lesquels, la demande du patient et/ou de la famille, la compliance aux soins, à l'hygiène bucco-dentaire et au suivi, la balance entre les risques liés à l'état de santé générale et les bénéfices attendus ainsi que les aspects financiers (notamment pour la réhabilitation prothétique et la pose d'implants dentaires).

La personne âgée présente souvent des déficits sensoriels :

- la presbyacousie touche la plupart des patients âgés. La perte de l'ouïe concerne les sons à haute fréquence et les consonnes, tandis que les sons à basse fréquence sont perçus de façon anormalement forte, ce qui devient vite désagréable pour le patient. A cette surdité s'associent souvent des acouphènes, des vertiges rotatoires et des nausées. Pour ces raisons, le praticien doit parler à voix haute et distinctement, en évitant tout autre bruit qui pourrait générer de la confusion.

- les troubles de la vision touchent la quasi-totalité des sujets âgés. Il faut donc se placer à hauteur du patient, en face, avec une lumière adéquate, sans contre-jour, en évitant d'éblouir le patient avec le scialytique.

A ces pathologies sensorielles s'ajoutent des troubles musculaires et articulaires. C'est la raison pour laquelle il faut aider le patient à s'installer au fauteuil dans une position confortable. Les rendez-vous doivent être, dans la mesure du possible, courts afin d'éviter la fatigue du patient.

Il n'existe pas de traitement odontologique formellement contre-indiqué chez le sujet âgé. Néanmoins la prise en charge est adaptée à l'état de santé du patient et les traitements bucco-dentaires et prothétiques diffèrent en fonction de son degré de dépendance, c'est-à-dire en fonction de son autonomie physique et mentale. La thérapeutique est guidée par les compromis, l'objectif étant d'assainir la cavité buccale et d'apporter un confort au patient en simplifiant au maximum les séances au fauteuil et en limitant leur durée. En règle générale, les traitements sont envisagés avec le médecin traitant afin d'établir un consensus sur la prise en charge proposée; les traitements complexes nécessitant une coopération importante ne sont pas recommandés. Photo 13

Souvent le patient âgé est peu demandeur et accepte plutôt le traitement pour retrouver l'estime de soi, voire faciliter ses relations sociales que pour des raisons fonctionnelles.

D'autres facteurs interviennent dans la décision de traitement. Encadré 7

Planification des soins

L'objectif de traitement est de conserver les dents au maximum.

Les principales pathologies dentaires sont les caries radiculaires et l'abrasion dentaire.

Les traitements sont réalisés en fonction du stade des lésions.

Pour les caries de l'émail, on procède à des soins non invasifs de reminéralisation de l'émail avec des fluorures.

Pour les caries de la dentine, on a recours à différents matériaux que l'on choisit en fonction du risque carieux du patient et des possibilités de réalisation des actes (durée des séances, isolement de la salive...) mais aussi du suivi possible du patient (déplacement, accompagnement).

Il est important d'évaluer le risque carieux des personnes âgées qui augmente avec le nombre de dents restantes dans la cavité buccale ; plusieurs facteurs sont également retrouvés qui conduisent à un risque élevé : le type d'alimentation qui privilégie souvent les aliments sucrés, les apports de compléments protéiniques sucrés, le déficit salivaire, le faible niveau d'hygiène orale, l'absence de vie sociale qui rend l'accès aux soins difficile....

On observe assez souvent des reprises de caries au niveau des restaurations existantes d'où l'intérêt de réduire les facteurs de risque ; de plus, en établissement, le développement de nouvelles caries est deux fois plus important qu'à domicile.

Les états inflammatoires gingivaux, fréquents chez le sujet âgé, sont nettement améliorés par les soins d'hygiène quotidiens associés à des détartrages réalisés par l'odontologiste. Il peut être nécessaire, dans les cas d'inflammation très importante avec des ulcérations ou des abcès parodontaux, d'avoir recours à une prescription d'antibiotique ou de bain de bouche antiseptique sur de courtes périodes.

Le traitement des lésions muqueuses traumatiques implique souvent l'arrêt du port des prothèses défectueuses et leur restauration, l'assainissement de la cavité buccale et l'avulsion des dents très délabrées.

Il est nécessaire de réhabiliter les fonctions orales pour prévenir les pathologies générales et la mortalité. Une étude très récente montre un lien entre le nombre de dents restantes et le taux de mortalité dans les 5 ans; des personnes ayant moins de 20 dents restantes à 70 ans ont un risque plus élevé de mortalité.

Chaque fois que cela est possible, la meilleure option thérapeutique reste la prothèse fixée, qui n'est pas toujours réalisable (nombreuses séances ...).

La prothèse amovible est donc la thérapeutique la plus fréquemment instaurée. Elle peut être partielle ou complète en fonction des dents remplacées et uni ou bimaxillaire. Elle peut être réparée si besoin, et réadaptée à la bouche du patient, même des années après sa réalisation. En effet, des modifications morphologiques interviennent dans la cavité buccale au cours du temps et en fonction des pathologies acquises (dénutrition,...) ou d'épisodes infectieux buccaux qui ont entraîné des extractions dentaires.

L'abstention et la surveillance régulière peuvent aussi être une solution, surtout en présence de troubles cognitifs.

Les porteurs de prothèses ont une force masticatoire réduite à 1/5 ou 1/4 par rapport aux personnes dentées. On retrouve davantage de personnes dénutries chez les édentés et les porteurs de prothèses.

Les porteurs de prothèses sont plus fréquemment atteints de pathologies muqueuses et de dyskinésies nécessitant un contrôle annuel chez le chirurgien dentiste.

Le recours aux implants n'est pas contre indiqué par l'âge mais éventuellement par l'état médical du patient, son aptitude à maintenir une hygiène correcte et son degré de coopération. Photos 14, 15

Lorsque les crêtes osseuses sont trop résorbées à la mandibule, il est possible de placer soit des mini-implants, soit des implants classiques pour améliorer la rétention des prothèses et permettre une fonction masticatoire correcte. Encadré 8

Les procédures de soins diffèrent en fonction de la sévérité de l'atteinte des fonctions cognitives. Encadré 9 - Photo 16

Il faut associer la prévention aux soins pour maintenir la santé orale.

Prévention des pathologies orales

La polyopathie des sujets âgés ainsi que les difficultés rencontrées lors de leur prise en charge bucco-dentaire impliquent la mise en place de mesures préventives dans une démarche pluridisciplinaire nécessitant que l'odontologiste travaille en étroite collaboration avec les équipes médicales et paramédicales.

La tendance actuelle est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ; le personnel des services de soins à domicile assure le suivi de l'hygiène buccale et constitue un relais pour la prise en charge thérapeutique chez les praticiens libéraux.

Les soins d'hygiène buccale doivent être une priorité au même titre que l'hygiène corporelle. C'est une mesure de base dans la prise en charge d'une personne âgée qui n'est pas toujours réalisée.

Le chirurgien dentiste doit jouer son rôle d'éducateur à la santé en enseignant les méthodes d'hygiène buccale adaptées aux personnes âgées. Encadré 10

Chez le patient en perte d'autonomie, au domicile ou en établissement, il est de la responsabilité des soignants de mettre en place le soin d'hygiène et son contrôle.

Parmi les mesures préventives, l'utilisation du fluor a démontré son efficacité. En effet, l'ion fluor, principe actif des agents fluorés, s'incorpore dans la couche superficielle de l'émail ou de la dentine et augmente la résistance de celles-ci aux attaques acides responsables du processus carieux, en inhibant la déminéralisation des surfaces dentaires. 80% des personnes en institution présentant des caries radiculaires, l'emploi du fluor est d'autant plus recommandé.

Les fluorures topiques à haute concentration (bains de bouche, vernis) inhibent l'initiation des lésions carieuses et permettent la reminéralisation des lésions carieuses coronaires ou radiculaires. Les hautes concentrations en fluor exercent une action inhibitrice directe sur le métabolisme des bactéries cariogènes. Photo17

Les antiseptiques à base de chlorhexidine arrêtent également la progression des lésions radiculaires superficielles, réduisent l'inflammation gingivale et la prévalence des candidoses.

Matériel et méthode d'hygiène

Il est indispensable d'avoir des protocoles formalisés et des matériels adaptés en fonction de l'autonomie, et en collaboration avec les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.

-Matériel :

Il comporte tous les éléments nécessaires au maintien de l'hygiène buccale. Certaines conditions d'environnement sont indispensables : bon éclairage, port de lunettes de vue et port de gants. Encadré 11 et photos 18, 19, 20, 21

L'éducation à la santé orale doit conduire à des changements de comportements dont on sait qu'ils sont très difficiles à obtenir, particulièrement chez la personne âgée qui a, tout au long de sa vie, eu des habitudes d'hygiène orale, souvent néfastes.

L'information est orale mais il faut tenir compte des pathologies générales qui interfèrent dans le dialogue avec la personne âgée, d'où la nécessité de développer des méthodes de communication mixtes, en associant des démonstrations et la répétition des gestes à réaliser.

-Méthodes :

La dégradation de l'hygiène buccale est fortement accentuée lorsque le vieillissement est associé à une perte d'autonomie. Celle-ci peut-être physique (maladie de Parkinson, polyarthrite rhumatoïde, arthrose ou séquelles d'accident vasculaire cérébral) et/ou mentale lorsqu'il s'agit d'une pathologie démentielle. En effet, l'altération progressive des fonctions cognitives dans le cadre des syndromes démentiels engendre une dépendance croissante pour tous les actes de la vie quotidienne et a donc un impact important sur l'évolution de l'état bucco-dentaire. Au fur et à mesure que se développe la maladie, les personnes atteintes ont donc des difficultés croissantes à effectuer seules des gestes simples tels que le brossage des dents, le rinçage de la bouche, l'insertion ou la désinsertion d'une prothèse amovible, le nettoyage des prothèses,... Il faut encourager la personne à garder son autonomie. Dans les stades avancés de la pathologie démentielle, on observe une perte complète de

la reconnaissance des objets ; cela explique la non utilisation voire l'utilisation inadéquate du matériel d'hygiène dentaire tel que la brosse à dents ou le dentifrice.

Les protocoles doivent être adaptés en fonction de la dépendance. On distingue 4 groupes : capacités normales, capacités légèrement réduites, capacités fortement réduites et dépendance totale. Encadrés 12, 13, 14, 15 et photos 22, 23

L'aidant ou le soignant doit être non seulement attentif à la toilette buccale biquotidienne mais aussi au nettoyage journalier des prothèses. Encadré 16 et photo 24 et 25

Il faut brosser toutes les surfaces dentaires, de la gencive vers la dent sans oublier les muqueuses et le dos de la langue. Un gratte langue permet le nettoyage en cas de candidose.

Rôle des soignants en établissement

Les personnels en établissements doivent bénéficier de formations régulières pour leur permettre de réaliser des soins oraux de qualité et surtout leur faire comprendre l'importance d'une bonne santé orale pour la personne âgée en termes de fonction, de nutrition, et de bien-être.

Parmi les facteurs qui influencent les pratiques des soignants, on retrouve les connaissances des soignants sur les conséquences des pathologies dentaires, l'âge des résidents et le type de management de l'établissement. Le soin de bouche est perçu comme un fardeau, fréquemment omis du fait des contraintes de temps, pratiqué seul et qui n'est pas gratifiant ; il ne faut pas négliger l'aspect psychologique de l'acte qui peut être considéré comme intrusif. Il faut y ajouter la non coopération des patients eux-mêmes (refus, absence de compréhension, attitude agressive).

Les soignants doivent être accompagnés dans l'acquisition des pratiques tout en développant une culture professionnelle qui promeut et valorise le soin de bouche en institution. La formation doit avoir une composante pratique, en partenariat avec des chirurgiens dentistes. De ce fait, les personnels soignants pourraient identifier certaines pathologies dentaires et déclencher les procédures appropriées, en ayant une attitude positive vis-à-vis de ces soins.

La toilette buccale quotidienne doit être incluse dans les recommandations de bonnes pratiques et distinguée de la pratique du soin sur prescription.

Compte tenu des interrelations entre la santé générale et la santé orale, une évaluation de l'état bucco-dentaire est indispensable à l'entrée en établissement ainsi qu'un suivi odontologique régulier, si possible annuel.

Organisation des soins

La consultation odontologique annuelle doit être systématique pour évaluer les risques bucco-dentaires liés à l'état de santé générale et au vieillissement. Il faut ensuite prendre en charge les pathologies observées.

Il conviendrait de développer la possibilité de réaliser les soins de première nécessité (douleur, risque infectieux) dans des structures de proximité (cabinet dentaire, centre de santé....). Il faut savoir que les conseils départementaux de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes mettent à disposition des praticiens des mallettes de soins pour répondre aux situations d'urgence à domicile.

Lorsque les soins sont complexes ou s'ils requièrent un environnement de sécurité, il faut intervenir dans les établissements hospitaliers.

Le développement de réseaux de soins dentaires ou la mise en place de plateaux techniques mobiles constitue une réponse aux besoins de la population âgée. Les praticiens sont souvent confrontés aux difficultés administratives pour la prise en charge du transport de ces personnes qui nécessite une prescription de la part d'un médecin.

Les chirurgiens dentistes pourraient tout à fait être intégrés aux réseaux gérontologiques, apportant ainsi leur expertise pour les soins bucco-dentaires mais aussi pour développer une approche préventive incluant la promotion de la santé orale.

Dans l'avenir, le diagnostic et des prescriptions d'urgence pourront être réalisées grâce à la télémédecine.

Conclusion

Toutes les études portant sur l'état bucco-dentaire des personnes âgées de plus de 60 ans confirment la prévalence élevée des pathologies dentaires. Malgré un besoin objectif de prise en charge bucco-dentaire, la consommation de soins dentaires par ces personnes est très faible et de nombreux facteurs limitants peuvent être relevés, liés aux patients eux-mêmes, aux coûts des soins prothétiques ou au système de santé.

Les pathologies liées au vieillissement et en particulier la dépendance ont une influence sur l'état bucco-dentaire, soit directement soit indirectement en empêchant le maintien d'une bonne hygiène buccale. Les personnels soignants ont un rôle capital dans le maintien d'une hygiène satisfaisante à domicile ou en institution. De plus, les nombreuses prescriptions médicamenteuses diminuent souvent la production salivaire et cette hyposialie constitue un facteur d'aggravation des pathologies bucco-dentaires qui affectent la qualité de vie des personnes âgées.

Les interrelations entre pathologies systémiques et pathologies bucco-dentaires font l'objet de très nombreuses études, qu'il s'agisse de la dénutrition, du diabète, des cardiopathies ischémiques, des coronaropathies ou des accidents vasculaires cérébraux ischémiques. Il ne faut pas oublier le risque infectieux qui est la seconde cause de mortalité chez les personnes âgées en institution.

C'est pourquoi la prise en charge bucco-dentaire doit être intégrée dans la prise en charge globale du patient en partenariat avec tous les professionnels de santé.

Bibliographie (non référencée)

Agence Nationale de Sécurité du Médicament (AFSSAPS) : Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire (2011)

Allonier C, Guillaume S, Sermet C. De quoi souffre-t-on ? Etat des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002/2003. Bulletin d'information en économie de la santé, n° 123 juin 2007

DUPUIS V., LEONARD AL. Odontologie du sujet âgé : spécificités et précautions. Elsevier Masson Edit, 2010, 173 p.

Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. DRESS, Etudes et Résultats, n° 494, juin 2006

Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-faciale et Chirurgie Orale. Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques). Recommandations de Bonne Pratique (2013)

Société française de chirurgie orale: Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires (2012)

SEGUIER S., NEBOT D., FOLLIGUET M., POSTAIRE M., RADOÏ L., VEILLE-FINET A., Prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée. EMC- Médecine buccale 2015; (Article 28-865-V-10). Sous presse

TIMOUR Q. Patients à risque. EMC, Odontologie, 23-760-A-01, 2007, Médecine buccale, 28-850-M-10, 2008