

Importance de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées

Martin Schimmel^a, Bettina von Ziegler^b, Valérie Suter^c

^a Université de Berne, zmk bern, département de Médecine Dentaire Reconstructrice et Gérodonologie, division de Gérodonologie; ^b Cabinet privé, Zurich, présidente de la taskforce de gérodonologie de la Société suisse des médecins-dentistes SSO; ^c Université de Berne, zmk bern, département de chirurgie orale et de stomatologie

Résumé

De plus en plus de personnes âgées peuvent conserver leurs dents jusqu'à un âge avancé. Cependant, l'hygiène buccale est souvent insuffisante lorsqu'une aide est nécessaire pour effectuer les activités de la vie quotidienne. C'est pourquoi on rencontre à nouveau plus fréquemment des inflammations du tissu buccal ainsi que des caries au sein de ce groupe de la population. Ces troubles ont des effets sur l'ensemble de l'organisme: ainsi, par exemple, l'incidence de la pneumopathie d'inhalation est plus élevée lorsque l'hygiène bucco-dentaire est mauvaise. Au niveau local, les inflammations et les caries sont à l'origine de douleurs, de pertes de dents et de fonctionnalité et, par extension, d'une diminution de la qualité de vie. En outre, le manque d'efficacité de la mastication favorise le développement d'une malnutrition protéino-énergétique. Un autre cofacteur à ne pas sous-estimer est l'hyposialie qui est souvent provoquée ou aggravée par la polypharmacie.

Introduction

En raison de l'évolution démographique, de plus en plus de patients âgés sont pris en charge par la médecine dentaire. En même temps, l'incidence et la prévalence de l'édentement continuent de diminuer; seuls 13,8% des Suisses âgés de 65 à 74 ans n'ont plus leurs propres dents. Toutefois, près de 80% des Suisses de plus de 85 ans ont besoin d'une prothèse dentaire adjuvante, supportée par la muqueuse [1].

Les infections orales sont de plus en plus répandues chez les personnes âgées car il est souvent difficile d'assurer une prophylaxie suffisante, en l'occurrence en matière d'hygiène bucco-dentaire. Elle n'est souvent pratiquement plus garantie chez les personnes qui nécessitent des soins, les patients souffrant de démence étant particulièrement touchés [2].

Pneumopathie d'inhalation

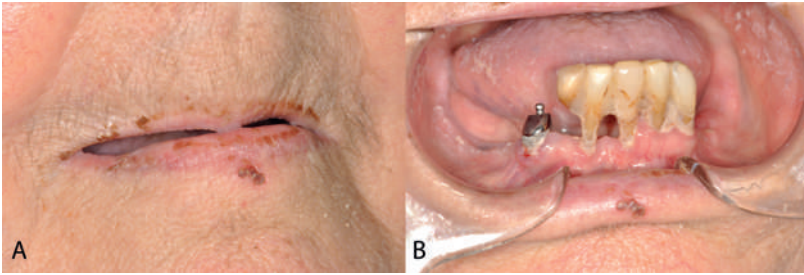
La cavité buccale semble représenter un réservoir important pour les infections bactériennes des voies

respiratoires inférieures chez les patients vivant en institution [3]. Les biofilms porteurs de pathogènes se forment toutefois surtout sur la surface des dents et des prothèses. Ils peuvent se détacher sous l'effet de la salive et d'une action mécanique et être transportés dans le système broncho-alvéolaire. Cela arrive le plus souvent chez des patients alités; des microorganismes buccaux peuvent être détectés lors du lavage bronchique [4].

Les pneumopathies d'inhalation peuvent donc trouver leur origine dans la cavité buccale. De même, une bonne hygiène bucco-dentaire semble avoir un effet protecteur. Au cours d'une étude comparative randomisée, Yoneyama et al. ont pu montrer que, statistiquement, le risque relatif de contracter une pneumopathie d'inhalation est significativement plus faible lorsqu'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse est maintenue chez les pensionnaires des homes [5]. Dix pour cent des décès causés par une pneumopathie d'inhalation chez ces résidents doivent pouvoir être évités grâce à une amélioration de l'hygiène buccale [6]. Le port d'une prothèse pendant la nuit peut donner lieu à des infections orales, une charge microbienne et une incidence plus élevée des pneumonies [7].

Les dents et l'alimentation

Si le nombre de dents diminue, l'apport en calories, en protéines et en micronutriments baisse lui aussi de manière significative. Cette baisse est principalement due à l'efficacité réduite de la mastication, causée par la perte de paires de dents antagonistes. De même, les muscles permettant de refermer la mâchoire s'atrophient suite à la perte des dents et la force maximale applicable diminue. Les aliments difficiles à mâcher tels que les fruits et les légumes crus, la viande, les noix et les baies sont alors évités. Les personnes porteuses d'une prothèse complète présentent les plus grandes restrictions. Il a été montré à maintes reprises que les patients édentés étaient plus souvent sujets à la malnutrition ou à la sous-nutrition que ceux qui disposent de leurs dents naturelles [8]. La prophylaxie et le traitement d'une malnutrition protéino-énergé-



Figures 1a et 1b: Aspects extra- et intra-oraux d'une hyposialie moyenne. Les lèvres se collent pendant l'élocution; l'intérieur de la bouche présente une candidose pseudo-membraneuse, une parodontite et des caries radiculaires. La patiente se plaint de douleurs et d'une diminution de la fonction masticatoire.

tique devraient être effectués de manière interdisciplinaire car les mesures de la médecine dentaire peuvent certes améliorer l'efficacité de la mastication mais elles n'ont pas d'influence sur l'appétit ou sur les habitudes alimentaires.

Hyposialie

Le manque de salive gêne lorsqu'il s'agit de parler et de mastiquer. Le bol alimentaire ne peut pas être correctement formé et lubrifié ce qui rend la déglutition plus difficile. Lorsque le patient porte une prothèse adjuvée supportée par la muqueuse, le maintien est souvent insuffisant.

Un autre grand problème est la prédisposition très élevée aux caries dentaires engendrée par l'hyposialie. Lorsque le parodonte est affaibli, les caries radiculaires engendrent souvent une perte de dents importante [9]. La prévalence de l'hyposialie chez les personnes âgées se situe entre 30 et 78% [10]. Les principales causes sont une absorption trop faible de liquide et la prise de médicaments ayant comme effet secondaire de réduire la production de salive, en particulier en cas de polypharmacie [11]. Les médicaments fréquemment administrés qui diminuent la production de salive sont les antidépresseurs, les antihypertenseurs, les diurétiques, les anticholinergiques, les antihistaminiques, les antipsychotiques et les benzodiazépines [9]. Des maladies typiques associées à une réduction du flux salivaire sont par exemple le diabète non traité ou le syndrome de Goujerot-Sjögren.

Maladies des muqueuses buccales

Des maladies des muqueuses buccales inflammatoires chroniques telles que le lichen plan buccal et les maladies bulleuses auto-immunes (pemphigoïde des muqueuses, pemphigus vulgaire) apparaissent typi-

quement chez les personnes plus âgées et plus fréquemment chez les femmes. Elles vont souvent de pair avec des lésions douloureuses érosives et ulcéreuses qui portent préjudice à l'absorption de nourriture et à l'hygiène buccale [12]. Il est important de diagnostiquer ces maladies précocement et d'éliminer autant que possible les lésions érosives et ulcéreuses par des traitements topiques ou systémiques. Les patients affectés par des maladies des muqueuses buccales et des transformations potentiellement malignes sont pris en charge dans le cadre de consultations de stomatologie avec des rendez-vous réguliers. La présence de lésions précurseurs, le tabac, une forte consommation d'alcool mais aussi le grand âge et la malnutrition font partie des facteurs de risque pour le développement d'une tumeur maligne intra-orale (le plus souvent un carcinome épidermoïde). Dans une telle situation aussi, il est important d'effectuer un diagnostic le plus tôt possible car le pronostic et la qualité de vie post-thérapeutique sont alors bien meilleurs [13].

Références

- Zitzmann NU, Staehelin K, Walls A W G, Menghini G, Weiger R, Stutz E Z. Changes in oral health over a 10-yr period in Switzerland. *Eur J Oral Sci.* 2008;116:52–9.
- Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse D E, Schroll M, Andersen B B, Waldemar G. Assessing caries increments in elderly patients with and without dementia: a one-year follow-up study. *J Am Dent Assoc.* 2009;140:1392–400.
- Raghavendran K, Mylotte J M, Scannapieco F A. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol 2000.* 2007;44:164–77.
- Imsand M, Janssens J P, Auckenthaler R, Mojon P, Budtz-Jorgensen E. Bronchopneumonia and oral health in hospitalized older patients. A pilot study. *Gerodontology.* 2002;19:66–72.
- Yoneyama T, Yoshida M, Matsui T, Sasaki H. Oral care and pneumonia. *Oral Care Working Group. Lancet.* 1999;354:515.
- Sjogren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraete J. A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:2124–30.
- Iinuma T, Arai Y, Abe Y, Takayama M, Fukumoto M, Fukui Yet al. Denture Wearing during Sleep Doubles the Risk of Pneumonia in the Very Elderly. *J Dent Res.* 2014.
- Sheiham A, Steele J G, Marcesnes W, Lowe C, Finch S, Bates C Jet al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res.* 2001;80:408–13.
- Scully C, Bagan J V. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2004;15:221–39.
- Liu B, Dion M R, Jurassic M M, Gibson G, Jones J A. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: prevalence and etiology. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology.* 2012;114:52–60.
- Shetty S R, Bhowmick S, Castelino R, Babu S. Drug induced xerostomia in elderly individuals: An institutional study. *Contemp Clin Dent.* 2012;3:173–5.
- Bornstein M, Reichart P, Borradori L, Beltraminelli H. Der Orale Lichen Planus. Teil 1: Klinik der Haut- und Schleimhaut-effloreszenzen. *Quintessenz* 2010;61:15–20.
- EACEA. <http://oralcancerldv.org/de/>. accessed on 3.8.2015.

Correspondance:
Prof. Dr med. dent.
Martin Schimmel
Universität Bern
Zahnmedizinische Kliniken
zmk bern
Freiburgstrasse 7
CH-3010 Berne
Tél. 031 632 25 97
martin.schimmel[at]
zmk.unibe.ch