

Le traitement prothétique du patient âgé : expérience en hôpital gériatrique

Danielle BUCH*

L'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la médecine, les succès de la prophylaxie dans la prévention de la carie ont favorisé la préservation des organes dentaires. Cependant, les différentes études portant sur l'état dentaire de la population française de plus de 65 ans démontrent qu'il subsiste 61,5 % de porteurs de prothèses amovibles dont 16,3 % d'édentés totaux bimaxillaires. Il est maintenant bien établi, que dans 20 ans, seuls les actes relatifs à la prothèse amovible augmenteront de manière continue et constante du fait du nombre croissant de personnes âgées (Shuman et Davidson 1994, Lewis 1998).

Qui traite-t-on ?

Des patients présentant des pathologies lourdes, des handicapés moteurs, des patients avec troubles mentaux et du comportement, mais surtout des patients polymédiqués ou présentant des déficits nutritionnels. C'est la raison pour laquelle le thérapeute doit mettre en place un protocole de prise en charge adapté pour ces malades, qui passe par une nécessaire communication entre tous les soignants (médecins traitants et personnel soignant).

Dans le cadre de notre expérience en hôpital gériatrique, il nous a paru indispensable de développer un outil de communication avec les médecins traitants et le personnel soignant : il s'agit d'une fiche de suivi (fig. 1) qui permet d'obtenir un consensus de l'équipe soignante sur la faisabilité des soins, la faisabilité prothétique, et la prise en compte des difficultés générées par les traitements.

Avant tout traitement, il convient d'analyser l'état buccal (salivation, état parodontal, évaluation des soins et des prothèses existantes, qualité des surfaces ostéomuqueuses, tonicité musculaire).

Rappelons que les défenses de ces patients sont amoindries du fait de leur état de santé, des médications nombreuses qui souvent modifient le débit salivaire, d'une alimentation rarement équilibrée, molle, pauvre en fibres et en protéines. À ce contexte général s'ajoutent des facteurs locaux tels qu'une hygiène souvent difficile à mettre en œuvre, une résistance des tissus dentaires minéralisés diminuée du fait de l'exposition de la dentine radiculaire, des restaurations multiples et des édentements

* Chef du service d'odontologie Jean Délibéros, Paris.

souvent non compensés qui favorisent le développement de caries coronaires et radiculaires.

BESOIN DE SOINS
 BESOIN DE PROTHESE

FICHE PATIENT

Protocole nettoyage-prothèse
 Protocole bicarbonate
 Protocole candidose
 Protocole blessure

Nom : _____ Prénom : _____

CONTEXTE MEDICAL (validation médecin traitant ; émarger)

-ETAT GENERAL Satisfaisant Altéré Très altéré

-RISQUE INFECTIEUX préciser : _____

-RISQUE HEMORRAGIQUE préciser : _____

-RISQUE ALLERGIQUE préciser : _____

-CONTRE-INDICATION préciser : _____

CONTEXTE PSYCHOMOTEUR

-COOPERATION : active moyenne nulle s'oppose

-CAPACITE MOTRICE : normale limitée très limitée

-ALIMENTATION : normale semi-liquide liquide

-BROSSAGE : autonome assisté

-FAISABILITE SOINS oui non

FAISABILITE PROTHESE oui non

ETAT DENTAIRE

Hygiène orale :	Oui	Non	
Plaque :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tartre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aliments :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Schéma dentaire

-Etat parodontal : _____

-Etat des soins existants : _____

-Etat des prothèses existantes : _____

-Lésions muqueuses : _____

-Surfaces ostéo-muqueuses : _____

-Musculature périphérique : _____

	Oui	Non
Candidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de candidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Décision thérapeutique :

	Soins réalisés	Prescription
D		
a		
t		
e		

DOLEANCES : Douleur Esthétiques Infectieuses
 Fonctionnelles Autres

CONTEXTE MEDICAL Médecin :

-ETAT GENERAL Satisfaisant Altéré Très altéré

-RISQUE INFECTIEUX préciser : _____

-RISQUE HEMORRAGIQUE préciser : _____

-RISQUE ALLERGIQUE préciser : _____

-CONTRE-INDICATION préciser : _____

-Médications hypostasiales:

CONTEXTE PSYCHOMOTEUR

-COOPERATION : active moyenne nulle s'oppose

-CAPACITE MOTRICE : normale limitée très limitée

-ALIMENTATION : normale mixée-hachée par sonde

-BROSSAGE : autonome assisté aucun

-FAISABILITE SOINS oui non limitée

-FAISABILITE PROTHESE oui non

Fig. 1

Quelle que soit la structure d'accueil de ces patients, et a fortiori dans le cadre de l'hôpital gériatrique, la création d'une structure de soins adaptée en termes d'espace et d'accessibilité au fauteuil est indispensable (fig. 2). Pour ces patients pusillanimes, l'environnement doit être étudié (kart plutôt qu'unit ; éviter tout ce qui peut entraver la circulation autour du fauteuil de soins qui est lui-même orientable).



Fig. 2

Notre premier objectif consiste à protéger et renforcer les tissus minéralisés. Tous les produits à base de fluorures (dentifrices, gels, vernis, solutions de rinçage) peuvent être prescrits. Les caries cervicales sont traitées par des obturations aux ciments verre-ionomère.

Lorsque l'indication d'un traitement prothétique est posée, le rôle du praticien est d'être à l'écoute de la demande du patient qui comporte essentiellement un désir de confort, d'absence de douleurs, de rapidité d'exécution, mais parfois aussi une exigence esthétique. Le patient attend parallèlement de la part du thérapeute compassion et patience. En effet, le praticien doit être conscient de la difficulté d'intégration que toute mise en place de prothèse génère. L'effort à fournir pour s'adapter à quelque chose de nouveau, qui peut apparaître encombrant et inconfortable, est souvent mal vécu par le patient.

Le praticien ne doit pas surtraiter, c'est à dire imposer un traitement idéal et complet, ou a contrario sous-traiter en effectuant seulement le soin ponctuel d'urgence, en ignorant les problèmes ultérieurs imminents.

Dans tous les cas, la thérapeutique prothétique devra être évaluée en termes de "coût / bénéfice / sécurité".

Problèmes liés au vieillissement : conséquences thérapeutiques

Deux situations peuvent se présenter : soit des patients totalement édentés présentant une résorption osseuse plus ou moins sévère, soit des patients partiellement dentés pour lesquels on observe souvent une alvéolyse généralisée qui se traduit par un allongement des couronnes cliniques avec dénudations radiculaire et augmentation du volume des embrasures (fig. 3).



Fig. 3

Pour compenser ces édentements, la prothèse amovible sera soit complète, soit partielle (à châssis métallique ou en résine).

S'agissant de la prothèse partielle, il est toujours préférable de prescrire une prothèse à châssis métallique décollée, comportant des appuis dentaires, dont la conception permet de ménager le parodonte (fig. 4).

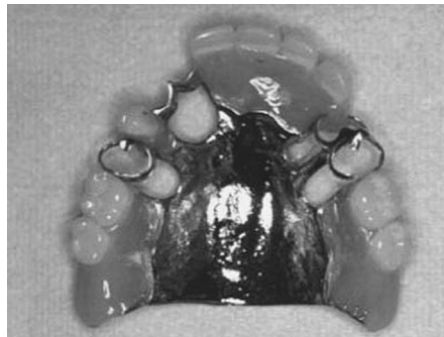


Fig. 4

Certaines situations impliquent la réalisation d'une prothèse résine qui a l'avantage d'être évolutive (édentement subtotal, dents à pronostic très réservé) mais dont l'inconvénient est lié au tassement qui, à terme, crée une irritation de la gencive marginale.

Problèmes posés par la prothèse amovible

Dans le cadre des prothèses partielles, la difficulté d'intégration est liée à :

- l'amovibilité, en particulier lors de l'insertion et de la désinsertion des prothèses. C'est la raison pour laquelle la préparation des dents support par améloplasties est indiquée afin d'améliorer l'intimité de contact entre la prothèse amovible et les dents restantes ainsi que la rétention dans certains cas.
- l'instabilité, surtout dans les cas d'édentements en extension. C'est la raison pour laquelle la conservation de racines au pronostic réservé, à des endroits stratégiques (postérieurs), peut être indiquée afin de diminuer le bras de levier dû à la différence de dépressibilité entre le secteur denté et les crêtes édentées. La conservation de racines sous la prothèse augmente la proprioception et maintient le capital osseux.

Dans le cadre des prothèses complètes, la difficulté d'intégration est liée à l'encombrement, dû à l'exploitation de la surface d'appui maximale nécessaire à la bonne tenue de la prothèse. Ceci explique la difficulté d'adaptation des patients qui présentent des prothèses anciennes, sous-étendues (gêne, blessures possibles lors des premières semaines).

C'est la raison pour laquelle il peut être intéressant de passer par une phase transitoire de réadaptation des prothèses existantes avec rebasage par des matériaux souples, temporaires ou durables, pour habituer le patient progressivement.

Difficultés du traitement prothétique

Toutes les étapes, depuis la prise d'empreinte, jusqu'à l'enregistrement de la relation intermaxillaire, en passant par l'évaluation de la dimension verticale d'occlusion, sont sources d'erreurs potentielles dans la mesure où la mobilisation musculaire est aléatoire, le degré d'ouverture buccale quelquefois limité.

Incidences sur le pronostic

La sécheresse buccale, l'affaiblissement de la muqueuse (perte de visco-élasticité, baisse de la kératinisation) sont aggravés par le port de prothèses adjacentes. En effet, la transmission des forces occlusales, associée au contact étroit et prolongé de l'intrados des prothèses avec la fibromuqueuse entraîne à plus ou moins long terme une inflammation chronique des surfaces d'appui. Cette stomatite prothétique est compliquée par la présence de *candida albicans*.

C'est la raison pour laquelle les notions d'hygiène doivent être expliquées à l'entourage du patient (équipe soignante).

Limites du traitement prothétique

Si, pour les patients âgés qui consultent dans les cabinets dentaires, des thérapeutiques plus sophistiquées peuvent être indiquées sous certaines conditions (prothèse composite, prothèse implanto-portée...), il n'en est pas de même des malades des hôpitaux gériatriques dont le contexte médical est lourd et la coopération souvent limitée ou absente. Ceci nous conduit à limiter la durée des traitements, à en minimiser le coût en étant conscient de la difficulté de maintenance.

Conclusion

Le traitement des personnes âgées dépendantes, vulnérables, présentant un contexte général affaibli, exige une thérapeutique globale :

- au plan psychologique : une évaluation de la personnalité du patient, de ses réticences, de ses angoisses qui exige du temps, de la patience, de la compassion.
- au plan médical : une prise en compte de l'état général ainsi que de l'altération des éléments constitutifs de l'appareil manducateur, des problèmes liés à la dénutrition...
- au plan technique : la maîtrise de difficultés inhérentes à la précarité physique et mentale du sujet.

La réussite du traitement passe par son acceptation par le malade, qui sera conforté par l'implication d'une équipe soignante chaleureuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEWIS DW. Optimized therapy for the edentulous predicament : cost effectiveness considerations. *J prosth Dent* 1998 ; **79** : 93-99.
2. SHUMAN SK, DAVIDSON GB. Patient age, service mix and dental practice productivity. *Gerodontology* 1994 ; **11** : 50-56.