

# Odontologie gériatrique

## Geriatric odontology

**A. Maamari**

Service de Dentisterie et Chirurgie maxillo-faciale, CHU Saint-Pierre, ULB

### RESUME

**Introduction :** La proportion de la population mondiale âgée de plus de 60 ans va doubler entre les années 2000 et 2050 pour passer d'environ 11 à 22 %. La bonne hygiène buccale, la prévention ainsi que les soins dentaires jouent un rôle primordial dans le ralentissement du déclin de nos capacités fonctionnelles.

**Matériel et méthodes :** L'analyse de la littérature a été réalisée au moyen des bases de données Pubmed et Google Scholar en utilisant les mots-clés " Oral care and pneumonia, functional capacity and dental health, geriatric odontology, oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly, bisphosphonate osteonecrosis, oral health problems and diet quality, caries and periodontal disease, caries risk assessment, xerostomia, Oral status and nutrition ".

**Résultats :** Il y a une corrélation entre les effets d'une mauvaise santé buccodentaire et une mauvaise santé générale. L'absence ou la mauvaise adaptation des prothèses dentaires peut entraîner de nombreux problèmes comme la malnutrition et des problèmes de phonation. Le plan de traitement proposé au patient doit être adapté en fonction de chaque patient. L'altération de la fonction masticatrice a un effet négatif sur le choix du régime alimentaire avec comme possible conséquence une réduction de l'apport de plusieurs nutriments essentiels.

**Conclusion :** Il est primordial de privilégier la prévention, les soins curatifs et prothétiques afin d'améliorer les indicateurs de qualité de vie chez nos seniors.

Rev Med Brux 20148 ; 39 : 322-4

### ABSTRACT

**Introduction :** The proportion of the world's population over 60 years-old will double between the years 2000 and 2050, from about 11 to 22 %. Good oral hygiene, prevention and dental care play a key role in slowing down our functional abilities.

**Material and methods :** Literature analysis is conducted using the Pubmed and Google Scholar databases and the key words " Oral care and pneumonia, functional capacity and dental health, geriatric odontology, oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly, bisphosphonate osteonecrosis, oral health problems and diet quality, caries and periodontal disease, caries risk assessment, xerostomia, Oral status and nutrition ".

**Results :** There is a correlation between the effects of poor oral health and poor general health. The lack or maladjustment of dental prostheses can lead to many problems, such as malnutrition or phonation problems. The treatment plan must be adapted according to each patient. Alteration of the masticatory function has a negative effect on the choice of diet, with the possible consequence in reducing the intake of several essential nutrients.

**Conclusion:** It is essential to focus on prevention, curative and prosthetic care in order to improve quality of life indicators for our seniors.

Rev Med Brux 20148 ; 39 : 322-4

**Key words :** oral health, oral hygiene, prevention, dental prostheses, masticatory function, geriatric odontology

## INTRODUCTION

La proportion de la population mondiale âgée de plus de 60 ans va doubler entre les années 2000 et 2050 pour passer d'environ 11 à 22 %. La population âgée de 80 ans ou plus va être quasiment quadruplée dans ce même laps de temps pour atteindre environ 395 millions, selon des chiffres fournis par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>1</sup>.

Notre alimentation est un facteur parmi d'autres qui nous permettra entre autres de ralentir le déclin de nos capacités fonctionnelles<sup>1</sup>. Le maintien de la fonction masticatoire représente donc un enjeu essentiel. La bonne hygiène buccale, la prévention ainsi que les soins dentaires jouent un rôle primordial dans le ralentissement du déclin de nos capacités fonctionnelles.

## MATERIEL ET METHODES

L'analyse de la littérature a été réalisée au moyen des bases de données Pubmed et Google Scholar en utilisant les mots-clefs " *Oral care and pneumonia, functional capacity and dental health, geriatric odontology, oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly, bisphosphonate osteonecrosis, oral health problems and diet quality, caries and periodontal disease, caries risk assessment, xerostomia, Oral status and nutrition* ".

## RESULTATS

Selon une enquête de santé menée en 2013 par l'Institut Scientifique de Santé Publique Belge, le recours au dentiste diminue drastiquement pour nos seniors. Pour les personnes de 75 ans et plus, seulement 34 % d'entre eux rapportent avoir eu un contact avec un dentiste au cours de l'année écoulée. Dans cette population 60 % possèdent encore leurs propres dents<sup>2</sup>.

La diminution de fréquence ou l'absence de soins dentaires peut avoir des conséquences fâcheuses. Un état buccodentaire médiocre entraîne une augmentation importante des situations d'urgence caractérisées par des douleurs (pulpites, ...) et atteintes aiguës de la bouche et des mâchoires (abcès, stomatites, ...). L'absence ou la mauvaise adaptation des prothèses dentaires peut entraîner de nombreux problèmes, comme la malnutrition ou des problèmes de phonation.

Il y a une corrélation entre les effets d'une mauvaise santé buccodentaire et une mauvaise santé générale. Une hygiène buccale adéquate dans les foyers pour personnes âgées réduit significativement le risque de pneumonies, le taux de fièvres et de mortalité associée<sup>3,4</sup>. Pour les personnes âgées (65 ans et plus) résidant chez eux, la diminution des capacités fonctionnelles a une influence négative sur le comportement de recours aux soins buccodentaires et sur l'hygiène buccale<sup>5</sup>. Les personnes âgées résidant dans un home ou une institution sont confrontées à

une difficulté quant à l'accès aux soins buccodentaires, elles présentent très fréquemment une édentement ou une dentition réduite et souffrent fréquemment de problèmes parodontaux<sup>6</sup>.

Le plan de traitement proposé au patient doit être adapté en fonction de 5 points importants :

- L'âge et l'état général du patient ;
- Les désirs du patient ;
- La mobilité ;
- La compliance ;
- Les médicaments (Sintron®, Asaflow®, bisphosphonates,...).

Les soins dentaires de dentisterie opératoire et prothétique nécessitent fréquemment des rendez-vous multiples et assez chronophages. La mobilité du patient est un facteur essentiel à prendre en considération lors de l'établissement du plan de traitement. Ce dernier doit tenir compte de la polymédication fréquemment rencontrée en gériatrie ainsi que de l'anamnèse du patient. Les antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants doivent être pris en considération avant tout acte chirurgical (extractions, ...). Les bisphosphonates également doivent être pris en compte dans les plans de traitement et avant toute extraction dentaire sous peine de mener à une ostéonécrose<sup>7</sup>.

Les facteurs de risques carieux augmentent chez le patient âgé et sont provoqués par :

- La récession gingivale ;
- La xérostomie ;
- Un régime sucré ;
- La fréquence des prises alimentaires augmentée ;
- Une hygiène buccale insuffisante et la présence de prothèses.

Les caries intéressant les collets et les racines dentaires constituent une pathologie très fréquente chez le patient âgé et leur prévalence augmente de 18 à 51 % avec l'âge<sup>8</sup>. Une alimentation riche en sucres et en hydrates de carbone, molle et adhérente aux surfaces dentaires, ainsi que l'accumulation de la plaque dentaire liée aux difficultés de pratique d'une hygiène buccale adéquate, vont favoriser l'augmentation du risque carieux<sup>9</sup>. Il est donc primordial d'assurer une bonne hygiène dentaire dans cette population en assurant un brossage biquotidien à l'aide d'un dentifrice fluoré<sup>10</sup>.

La xérostomie est également très répandue chez nos aînés ; la prise de nombreux médicaments tout au long de la vie du patient (notamment les médicaments avec une action anticholinergique, les benzodiazépines, ...) va réduire la salivation<sup>11</sup>. La xérostomie n'augmente pas uniquement le risque carieux (de par l'effet protecteur dû au pouvoir tampon de la salive), sa diminution de sécrétion aura un impact immédiat sur la survenue des caries, mais va également altérer la mastication, l'élocution, la déglutition et le goût<sup>12</sup>.

Un autre problème dont la survenue augmente chez nos seniors est l'édentement. L'édenté total

possède deux composantes du handicap telles qu'elles sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- La déficience (perte des organes dentaires) ;
- L'incapacité (difficultés à exécuter des actes quotidiens, limitation dans le choix de la nourriture).

Celui-ci, même compensé par le port de prothèse totale altère la fonction masticatrice<sup>13,14</sup>. L'altération de la fonction masticatrice a un effet négatif sur le choix du régime alimentaire avec comme possible conséquence une réduction de l'apport de plusieurs nutriments essentiels<sup>15,16</sup>. Les perturbations physiologiques et psychosociales associées aux pertes dentaires ont un impact sur la qualité de vie. La réhabilitation prothétique permet généralement d'améliorer les indicateurs de qualité de vie<sup>17</sup>. Les sujets édentés ont besoin d'un nombre de cycles de mastication deux fois plus importants que les sujets normodentés<sup>18</sup>.

Plusieurs études démontrent que les sujets qui ont reçu des prothèses supra-implantaires mandibulaires ont changé leurs choix de nourriture : ils ont augmenté les quantités d'aliments durs à mâcher tels que carottes, pommes et noisettes ; les patients qui ont reçu des dentiers conventionnels n'ont pas modifié leur régime alimentaire. Les implants dentaires sont donc un outil indispensable dans notre arsenal thérapeutique<sup>19</sup>.

## CONCLUSION

L'odontologie gériatrique représente un enjeu majeur dans une prise en charge globale du patient. La mauvaise santé buccodentaire est en corrélation avec une mauvaise santé générale. Une hygiène buccale adéquate dans les foyers pour personnes âgées réduit significativement le risque de pneumonies, le taux de fièvres et de mortalité associée<sup>3,4</sup>. L'absence ou la mauvaise adaptation des prothèses dentaires peut entraîner de nombreux problèmes, comme la malnutrition ou encore des problèmes de phonation.

La réhabilitation prothétique permet généralement d'améliorer les indicateurs de qualité de vie. Il est donc indispensable d'assurer un rôle préventif et curatif chez nos seniors dans le domaine des soins buccaux.

Conflits d'intérêt : néant

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. (Consulté le 20/04/18). Vieillesse et qualité de la vie. [Internet]. <http://www.who.int>
2. Institut Scientifique de Santé Publique. (Consulté le 20/04/18). Rapport. [Internet]. <https://his.wiv-isp.be>
3. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K *et al.* Oral Care Working Group. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(3):430-3.

4. Nitschke I, Stillhart A, Kunze J. Utilization of dental services in old age. *Swiss Dent J.* 2015;125(4):433-47.
5. Moriya S, Tei K, Yamazaki Y, Hata H, Kitagawa Y, Inoue N, Miura H. Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviours in community-dwelling older adults. *Gerodontology.* 2013;30(2):133-40.
6. Dolan TA, Atchinson KA. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J Dent Educ.* 1993;57(12):876-87.
7. Pillon F, Soueidan A. Bisphosphonates et ostéonécrose des mâchoires. *Actualités pharmaceutiques.* 2014;53(535):48-50.
8. Bailey RL, Ledikwe JH, Smiciklas-Wright H, Mitchell DC, Jensen GL. Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults. *J Am Diet Assoc.* 2004;104(8):1273-6.
9. Mack F, Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Kocher T, Splieth C, Schwahn C *et al.* Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany: results of the Study of Health in Pomerania. *Gerodontology.* 2004;21(1):27-36.
10. Twetman S, Fontana M. Patient Caries Risk Assessment. *Monogr Oral Sci.* 2009;21:91-101.
11. Scully C. Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral Dis.* 2003;9(4) :165-76.
12. Liedberg B, Owall B. Masticatory ability in experimentally induced xerostomia. *Dysphagia.* 1991;6(4):211-3.
13. N'Gom PI, Woda A. Influence of impaired mastication on nutrition. *J Prosthet Dent.* 2002;87(6):667-73.
14. N'Gom PI, Bonnet L, Woda A. Influence de la mastication sur la santé. *Inf Dent.* 2000;19:1367-78.
15. Krall E, Hayes C, Garcia R. How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. *J Am Dent Assoc.* 1998;129(9):1261-69.
16. Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, Legrand R, Butz-Jørgensen E. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent.* 1999;27(6):443-8.
17. Veyrone JL, Tubert-Jeannin S, Dutheil C, Riordan PJ. Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. *Gerodontology.* 2005;22(1):3-9.
18. Lucas PW, Luke DA, Voon FC, Chew CL, Ow R. Food breakdown patterns produced by human subjects possessing artificial and natural teeth. *J Oral Rehabil.* 1986;13(3):205-14.
19. Allen F, Mcmillan A. Food selection and perceptions of chewing ability following provision of implant and conventional prostheses in complete denture wearers. *Clin Oral Implants Res.* 2002;13(3):320-6.

### Correspondance :

A. MAAMARI  
CHU Saint-Pierre  
Service de Dentisterie et Chirurgie maxillo-faciale  
Boulevard de Waterloo, 129  
1000 Bruxelles  
E-mail : Alain\_MAAMARI@stpierre-bru.be

Travail reçu le 29 mai 2018 ; accepté dans sa version définitive le 14 juin 2018.