

L'importance des soins bucco-dentaires chez les personnes âgées en EHPAD

Dr. Constantin-Marius BUCA

**DIU « Formation à la fonction de Médecin
Coordonnateur d'Établissement d'Hébergement
pour Personnes Âgées Dépendantes »**

Année universitaire 2017-2018

1. INTRODUCTION

L'hygiène bucco-dentaire représente aujourd'hui un élément important dans le bien-être de la personne âgée.

La population âgée présente le plus mauvais état bucco-dentaire.

Le déficit d'hygiène bucco-dentaire et d'entretien des prothèses dentaires chez les personnes est souvent déçut.

La baisse des capacités physiques liée à la dépendance n'est pas seule responsable de cette mauvaise hygiène. Un manque de formation des personnels est souvent relevé.

L'hygiène bucco-dentaire permettant l'entretien du capital dentaire, y compris prothétique et les soins de bouche (à visée préventive et/ou thérapeutique) sont essentiels au confort des personnes âgées.

On peut comparer un « nursing » efficace qui prévient les escarres avec une hygiène buccale et des soins appropriées qui aide à maintenir l'intégrité des muqueuses et assure le confort du patient.

Un mauvais état bucco-dentaire, des prothèses inadaptées et/ou une hygiène locale négligée peuvent devenir un facteur de risque pour la santé générale et la qualité de vie. Conséquences : difficultés de mastication, mauvaise haleine, inconfort, dénutrition, difficultés à communiquer et apparence inesthétique.

2. L'ETAT DE SANTE BUCCO DENTAIRE

La bouche est une cavité naturelle complexe qui forme le segment initial du tube digestif.

Pour tous les âges elle joue un rôle essentiel dans des fonctions vitales :

- Nutrition
- Langage
- Communication

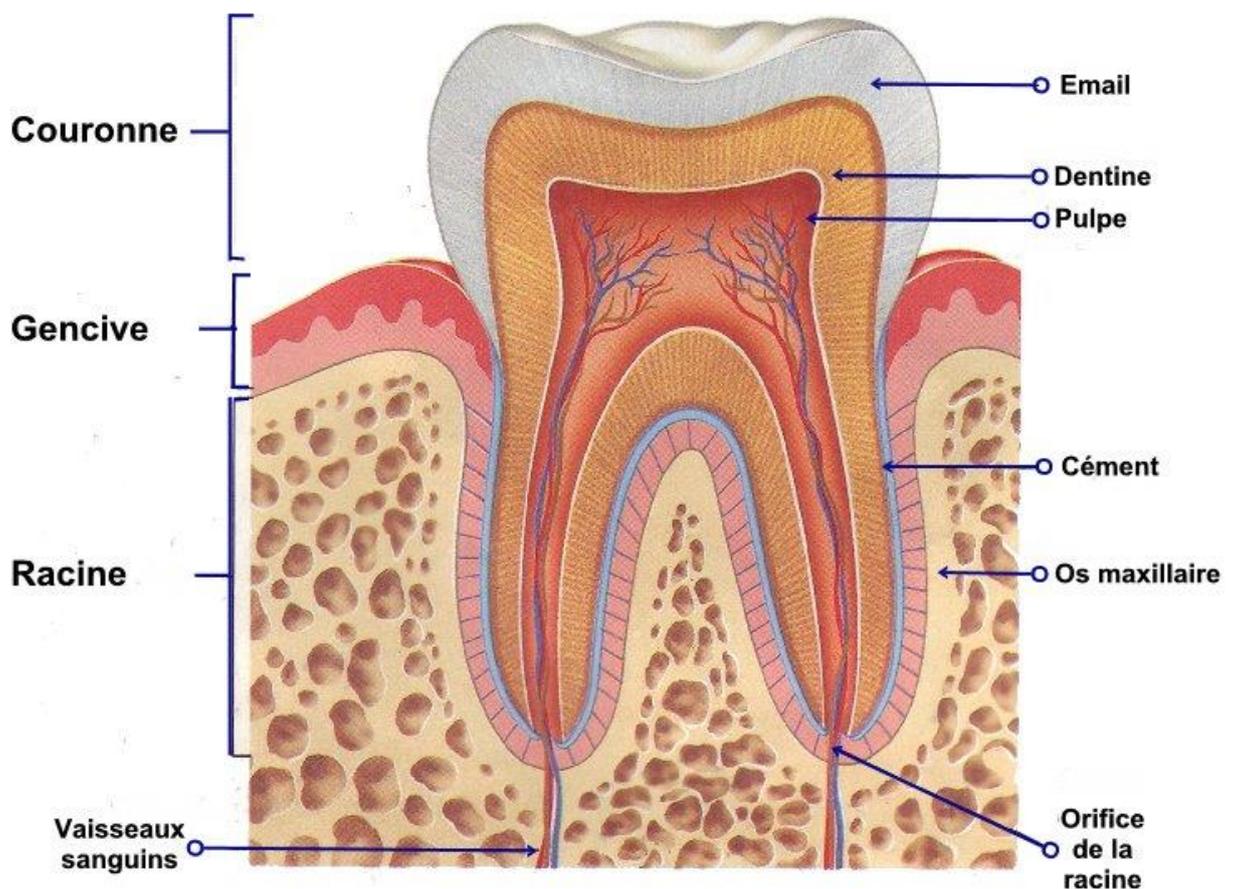
Elle permet l'ingestion des aliments, la mastication et la déglutition du bol alimentaire mais aussi l'expression de la plupart des émotions « je parle, je crie, je souris, je bise » avec **MA BOUCHE**.

Elle participe également à la fonction respiratoire.

3. LE VIEILLISSEMENT DE LA SPHERE ORO-FACIALE

Les tissus et les organes de la cavité buccale subissent de profondes modifications au cours du vieillissement, ce qui altère leurs fonctions et leur potentiel d'adaptation et de cicatrisation.

L'ensemble des tissus constituant l'organe dentaire : l'email, la dentine, le tissu pulpaire et le cément subissent un processus de senescence. Ces phénomènes limitent de façon importante le potentiel de cicatrisation et de réparation de l'organe dentaire.



La rétraction de la gencive favorise l'exposition des racines et du tissu recouvrant leur surface, le cément.

Le collet dentaire est une zone de moindre résistance donc sujette au développement des lésions carieuses.

Les lésions carieuses intéressant le collet et les racines constituent une pathologie spécifique du sujet âgé et leur prévalence augmente avec l'âge.

Une alimentation riche en sucre et hydrates de carbone avec une consistance molle et adhérente aux dents, ou l'accumulation de plaque

bactérienne (liée aux difficultés de pratique de l'hygiène buccale) favorise l'augmentation du risque de carie.

3.1 LE PARODONTE

Le parodonte est défini comme l'ensemble des tissus qui entourent la dent et constitue son système d'attache.

Il subit des modifications au cours du vieillissement : perte d'élasticité, aspect plus lisse, légères récessions et fragilité accrue aux agressions microbiennes et mécaniques.

L'os alvéolaire se modifie aussi. La présence des dents joue un rôle majeur dans sa conservation.

En ce qui concerne l'ostéoporose il paraît qu'il y a un lien entre le bord alvéolaire édenté et la quantité de calcium présente dans l'organisme.

Le ligament alvéolo-dentaire qui réalise la jonction entre la dent et l'os alvéolaire subit aussi des altérations.

La diminution de la force masticatoire avec l'âge est en liaison directe avec la réduction de l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire.

3.2 LA MUQUEUSE BUCCALE

La muqueuse buccale devient atrophique et perd en élasticité. Les modifications concernent aussi le dos de la langue qui contient les papilles gustatives.

Les modifications peuvent déterminer une vulnérabilité aux traumatismes et à la pression durant la mastication ce qui explique les difficultés à consommer des aliments durs et la moindre tolérance au port des prothèses dentaires.

L'atrophie physiologique des papilles gustatives participe à la modification de la perception du goût.

Outre les ulcérations et d'autres lésions traumatiques, la candidose est l'une des premières pathologies de la muqueuse buccale chez les sujets âgés. Elle est favorisée par :

- Hygiène insuffisante
- Diminution de la sécrétion salivaire
- Prothèses mal adaptées
- Diabète mal équilibré
- Antibiothérapie au long cours
- Immunodéficience.

La perlèche du sujet âgé, classiquement favorisée par l'affaissement de la plie commissurale et la macération salivaire est souvent associée à la candidose buccale.



3.3 LES GLANDES SALIVAIRES

Avec l'âge on observe :

- Atrophie et diminution des acines
- Irrégularités des canaux sécrétoires
 - Augmentations du tissu conjonctif fibreux et du tissu adipeux

Le signe objectif : réduction de la sécrétion salivaire = HYPOSALIE.

La diminution du potentiel sécrétoire est souvent associée à d'autres facteurs du risque : polymédication et la déshydratation.

Certaines comorbidités, fréquentes aux personnes âgées favorisent elles-mêmes l'apparition d'une hyposalie : Alzheimer, Parkinson, diabète, aggravée secondairement par les thérapeutiques psychotropes.

4. CONSEQUENCES D-UN MAUVAIS ETAT BUCCO-DENTAIRE

4.1 Dans la société :

- Préjudice esthétique.
- Handicap.
- Atteinte à l'intégrité corporelle, à l'image de soi.



4.2 Souffrance psychologique, l'impact sur la qualité de vie :

- Perte de plaisir de manger
- Altération de l'image de soi

- Difficultés de communications

4.3 Dénutrition

Si la mastication fait mal, si les dents se déchaussent ou sont absentes, on mange moins.

La perte des dents affecte le choix des aliments, favorise les régimes pauvres en fruits, fibres et protéines et riches en hydrates de carbone.

On observe des déficits en Fer, Vit A, Vit C, acide folique, thiamine et protéines.

4.4 Risque de décompensation diabétique

4.5 Risque des mycoses buccales

Moins bonne adhésion des prothèses dentaires

4.6 Risque de fausses routes

La présence de dents diminue les risques de fausses routes lors de la déglutition.

4.7 Mauvaise haleine : HALITOSE

4.8 Risque infectieux : infection pulmonaire, endocardite infectieuse

4.9 Existences des douleurs

- **Verbalisées**
- **Non verbalisées** : difficile à diagnostiquer et qui peuvent être à l'origine d'un comportement agressif, agité, déambulations et/ou refus des soins.

5. Evaluation de l'état bucco-dentaire

5.1 Comporte un recueil des informations concernant :

- Les habitudes du patient en matière d'hygiène buccale
- Les pathologies dentaires
- Les besoins

5.2 L'examen de l'état bucco-dentaire :

- Est indispensable
- Systématique : même pour les personnes qui ne se plaignent pas
- Effectué doucement et totalement

Attention : le patient peut refuser parfois avec violence.

5.3 LA GRILLE OAG (ORAL ASSESMENT GUIDE)

Objectifs :

- Standardiser les pratiques d'évaluation de l'état bucco-dentaire au sein d'établissement
- Evaluer l'état bucco-dentaire initial et son évolution dans le temps (globalement et/ou par indicateur)
- Evaluer l'efficacité des mesures correctives mises en place (hygiène et/ou soins)
- Assurer la réactivité

Modalités d'utilisation :

Lors de l'admission du patient

La périodicité de suivi sera établie en fonction de la situation clinique

Evaluateur : infirmiers en collaboration avec les aides-soignants

OAG (Oral Assessment Guide*)

Indicateur	Outil de mesure	Méthode de mesure	Pondération 1	Pondération 2	Pondération 3	SCORE
la voix	l'audition	parler avec le patient	normale	sèche et rauque	difficulté à parler	
la déglutition	l'observation	demandeur au malade d'avaler	normale	douleurs lors de la déglutition	absence de déglutition	
les lèvres	le regard et la palpation	observer	lisses, rosées et humides	sèches et fissurées	ulcérations ou saignements	
la langue	le regard et la palpation	observer et toucher les tissus	rose et humide, présence de les papilles	pâteuse, moins de papilles avec apparence lustrée, moins colorée	fissurée, boursouflée	
la salive et la langue	l'observation et la langue	replier l'extrémité de la langue vers le bas ce qui déclenche une production de salive	transparente	visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	absente	
les muqueuses	le regard	observer l'apparence des tissus	roses et humides	inflammatoires, avec l'inclusion de plaques blanches pas d'ulcération	ulcérations et /ou saignements	
les gencives	le regard et la langue	appuyer sur les gencives avec l'extrémité de la langue	roses, fermes et bien dessinées	inflammatoires, oedémateuses	saignements spontanés ou lors de pressions	
les dents	le regard	observer l'apparence des dents et l'ensemble de la dentition	propre et sans débris	plaque et débris bien localisés (entre les dents)	plaque et débris généralisés sur toutes les gencives et les dents abimées	

L'utilisation du score permet de suivre l'évolution et d'apprécier le résultat de soins. **Le score à atteindre est 8/24.**

6. LES SOINS D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE ET PROTHETIQUES

- Doivent avoir la même priorité que l'hygiène corporelle ;
- Souvent l'importance de ce soin n'est pas reconnue par le personnel soignant ;
- Selon les études il y a des constats inquiétants : les connaissances des soignants sur ce thème sont limitées, demande beaucoup de temps, l'aspect psychologique de l'acte qui peut être considéré intrusif.

6.1 Le soin bucco-dentaire

- Un soin quotidien
- Le degré de coopération du patient lors du soin va permettre une installation adéquate

a) patient coopérant : capable de cracher et de rincer sa bouche

b) patient non coopérant :

Incapable de cracher et de rincer sa bouche

Et/ou

Le patient avec des troubles de la déglutition

Et/ou

Le patient opposant

Le patient refusant ouvrir la bouche

Le patient aux soins palliatifs

6.2 L'installation du patient et du soignant

Deux questions à se poser :

Le patient peut cracher ? Peut-il rincer sa bouche ?

➤ OUI=patient coopérant

Le patient est installé en position assise, bouche entrouverte

Le soignant est à côté du patient son bras cale la tête du patient et sa main soutient la mandibule du patient.

➤ NON = patient non coopérant

Le patient est installé en position latérale $\frac{3}{4}$, tête penchée du côté du soignant, bouche fermée.

Le soignant est à cote du patient, son bras cale la tête du patient et sa main soutient la mandibule du patient.

Quels sont les éléments clés de cette installation ?

Rassure le patient (contact physique et verbal durant le soin de bouche, assurer le geste du soignant, éviter tout geste intempestif.

6.3 Les principes des soins de bouche sont :

- Evaluation : interroger le patient et examiner la bouche ;

- Prévention : brosser les dents et nettoyer les prothèses dentaires, rincer la bouche 3 fois par jour ;
- Traitement : en cas d'affections buccales, prescription et suivi médicale, consultations médecin dentiste.

6.4 Rôle médecin

- Prendre connaissance des transmissions ciblées du personnel paramédical.
- Prescrire les soins de bouche médicamenteux : bicarbonate, chlorhexidine.

6.5 Rôle infirmier

- Education à l'hygiène bucco-dentaire.
- Réalisation de l'hygiène bucco-dentaire.
- Recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé.
- Soins de bouche avec application des produits non médicamenteux ou médicamenteux.
- Le rôle de l'infirmier dans les soins de bouche :
 - Bouche sèche ou bouche sale :
 - Rôle: hydrater avec boissons diverse, favoriser le nettoyage avec boissons pétillantes, stimuler la salivation avec boisson, bonbons, application de gel humectant ou d'un corps gras et utilisation du bicarbonate de sodium
 - Bouche malodorante :
 - Rôle : soins de bouche d'hygiène et utilisation d'antiseptique

6.6 Rôle équipe soignante

- Brossage des dents
- Entretien des prothèses
- Alerte en cas de modifications
- Recherche d'une douleur, d'un inconfort
- Signalement d'une gingivite, mycose
- Adaptation de l'alimentation
- L'hygiène des muqueuses
- Masser l'ensemble des muqueuses
- Récupérer les résidus brossage
- Essuyer les lèvres

6.7 Situations particuliers

- Santé buccale et perte d'autonomie :
 - Maladie Alzheimer patient incapable de se servir d'une brosse à dent ou de se rendre compte qu'il porte ou non une prothèse
 - Patient parkinsonien : tremblement = brossage inefficace, hypersialorrhée

- Sclérose en plaque
- Polyarthrite rhumatoïde : ankylose articulation temporo-mandibulaire, difficulté tenir brosse à dent
- AVC

!! Lutter contre les idées reçues en ce qui concerne les soins bucco-dentaires :

- Trop long
- Trop cher
- Trop dégoûtant
- Elle ne veut pas on va la forcer
- Perdre ces dents : quand on est vieux c'est normal !
- Trop vieux

6.8 L'hygiène des prothèses amovibles

A utiliser :

- Brosse à prothèse ;
- Boîte à prothèse identifiée
- Savon neutre sans parfum

!! Pensez à broser la boîte à prothèse pour limiter la prolifération bactérienne.

?? Les prothèses doivent-elles être retirées la nuit ?

Non, ce n'est systématique, cela dépend du « vécu » et des habitudes du patient. Les prothèses amovibles peuvent être portées de jour comme de nuit à condition que les soins d'hygiène soient respectés et que les muqueuses soient laissées au repos pendant 1/2heure par jour.

- Brosser énergiquement avec du savon neutre.
- Extérieur et intérieur des prothèses (dents + base). Chez les porteurs de prothèses amovibles, broser les dents et les prothèses est indispensable pour maintenir une santé orale satisfaisante.

6.9 Le matériel pour le brossage des dents

Tous les jours.

Idéalement après chaque prise alimentaire.

Matériel : • Brosse à dents manuelle ou électrique • Compresse • Gobelet à usage unique • Haricot • Serviettes en papier à usage unique • Gants de soin sable des caries et des affections des gencives (parodontopathies).

Pourquoi faut-il préférer un bain de bouche à base de BiNa à un bain de bouche à base de chlorhexidine ? Le bain de bouche à base de BiNa va diminuer l'acidité buccale et ainsi prévenir l'apparition de mycose.

La plupart des bains de bouche à base de chlorhexidine contiennent de l'alcool qui va assécher la bouche et déséquilibrer la flore buccale. Ils doivent être utilisés sur prescription médicale pour traiter des affections telles que les plaies d'extraction, les gingivites, les ulcérations.

Rôle du dentifrice ?

Action détergente et moussante : va aider à éliminer la plaque bactérienne, responsable des caries et des affections des gencives (parodontopathies). Le dentifrice va créer un environnement salivaire fluoré, protecteur des dents et apporter une action antiseptique chez les patients particulièrement exposés aux caries et aux maladies des gencives (parodontopathies). En quoi la brosse à dents électrique va-t-elle aider le soignant ? La brosse à dents électrique permet de systématiser et d'améliorer le brossage, les têtes des brossettes sont petites et souples.

Le bain bouche à BiNa diminue l'acidité et prévient l'apparition des mycoses.

La chlorhexidine contient de l'alcool et va assécher la bouche et déséquilibrer la flore buccale

7. SOINS ET TRAITEMENTS

7.1 Bouche normale

- Hygiène élémentaire: plusieurs fois/jour: idéal après chaque repas !!
 - brossage des dents et/ou prothèses
 - humidification des muqueuses si le patient ne peut faire lui-même

7.2 Pathologies décrites :

- **Bouche sèche=xérostomie**
 - très fréquente: complication de l'oxygénothérapie, de nombreux traitements: anticholinergiques, anti-parkinsoniens, antiHTA
 - aggravé par la respiration buccale
 - soins simples : sprays d'eau, glaçons, eau gazeuse
 - hydratation
- **Bouche sale**
 - soins: hydratation locale, glycérine boratée, antiseptiques locaux: Bétadine en bain bouche, Eludril
- **Bouche avec aphtes**
 - bain bouche: Aftagel, Eludril, sol Bicarbonate 1,4 %
- **Mycose buccale et perlèche**
 - antifongique local: suspension de Fluconazole et bain bouche sol Bicarbonate 1,4 %
- **Soins de bouche en fin de vie** -soins très importants
 - soins habituels d'hygiène plusieurs fois par jour
 - soins complémentaires: déjà décrits
 - important : évaluation de la douleur
 - pour la personne en fin vie la bouche reste source de confort: elle permet de parler, d'embrasser, d'apprécier une boisson

7.3 Mettre en place un rituel pour les soins d'hygiène dentaire notamment pour les déments :

- Toujours vers la même heure (près le petit déjeuner et avant le coucher)
- Sur le même fauteuil
- Avec une musique de fond (dont on s'assurera, dans toute la mesure du possible, qu'elle est du gout du soigné et pas du soignant !)
- Et, au besoin, avec un sablier ou un objet fétiche dans les mains

7.4 Difficultés rencontrées lors des soins d'hygiène bucco-dentaire :

Selon les statistiques 96% des EPHAD rencontrent des appréhensions lors de la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique :

- Peur de faire mal au patient
- Peur que le patient leur fasse mal
- Peur de mal faire
- Peur que le patient saigne ou s'étrangle

Les patients les plus difficiles à soigner sont :

- Les patients opposants aux soins
- Les patients avec des troubles de comportement
- Les patients avec démence

8. CONCLUSIONS

Toutes les études portant sur l'état bucco-dentaire des personnes âgées confirment la prévalence élevée des pathologies bucco-dentaire.

Deux facteurs interviennent sur le niveau d'hygiène :

-l'hygiène de vie des résidents

-la formation des soignants à fournir des soins bucco-dentaires adaptées.

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.

La prise en charge bucco-dentaire doit être intégrée dans la prise en charge globale du patient en partenariat avec toutes les professionnelles de santé.

Les personnels soignants ont un rôle capital dans le maintien d'une hygiène satisfaisante chez les personnes âgées.

La toilette buccale quotidienne doit être incluse dans les recommandations de bonnes pratiques.

L'organisation pratique des soins, l'acquisition de matériel adapté, l'acquisition de savoir-faire demandent encore des efforts d'amélioration pour s'intégrer dans le projet de soins de chaque établissement.

Bibliographie

- A.Bodineau: Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie : Neurologie-Psychiatrie –Gériatrie/Année 7-2007
- Santé bucco-dentaire en EHPAD:8-emes Journées CLIN SUD-OEST Arcachon septembre 2016 Dr Dominique PAILLEY-ARS AQUITAINE
- Les soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en EHPAD: du protocole à l'évaluation: Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, Yves ROLLAND, Bruno VELLAS: CHU TOULOUSE PURPAN février 2013
- Protocole d'hygiène bucco-dentaire: Groupe de travail COCLINNOR 18/11/2011
- Intervention bucco-dentaires chez les personnes âgées : M. RIESEN, J.-P. CHUNG, E. PAZOS, E. BUDTZ : REV Med SUISSE 2002
- Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées : Direction Générale de la Santé SD2B-Marysette Folliguet – mai 2006
- Les soins d'hygiène bucco-dentaire chez la personne dépendante Gérontopole Toulouse, ARS