

**Le patient âgé présentant un bilan médical lourd  
et  
le patient en perte d'autonomie**

**L'hygiéniste dentaire  
et  
le patient vieillissant**

1 mai 2010

CEGEP

François-Xavier-  
Garneau, Québec

Dr Christian Caron  
D.M.D, LL.B, D.M.Sc.,  
Professeur agrégé  
Faculté de médecine  
dentaire de  
l'Université Laval



---

---

---

---

---

---

---

---

**La perte d'autonomie**

**Plan de la présentation**

- Le vieillissement
- Le transfert des patients
- Les démences
- Le bilan d'autonomie et limites aux traitements
- La dysphagie
- Le patient SARM



---

---

---

---

---

---

---

---

**LES ÉTAPES DE LA VIE**



---

---

---

---

---

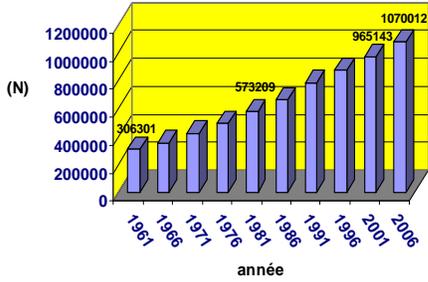
---

---

---

## Démographie du vieillissement

Population totale des plus de 65 ans au Québec depuis 1961 à nos jours




---

---

---

---

---

---

---

---

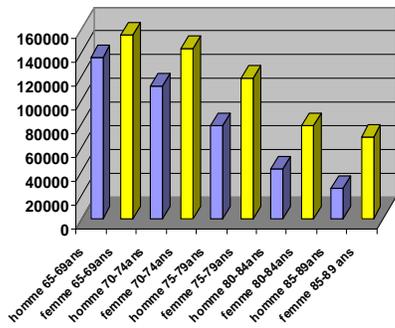
---

---

---

---

## Population du Québec par âge et sexe




---

---

---

---

---

---

---

---

---

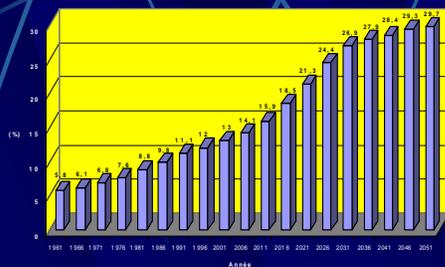
---

---

---

## Démographie du vieillissement

Proportion des personnes de 65 ans et plus au Québec depuis 1961




---

---

---

---

---

---

---

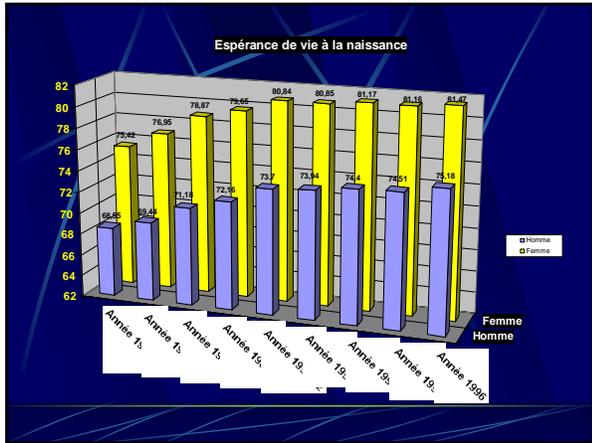
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

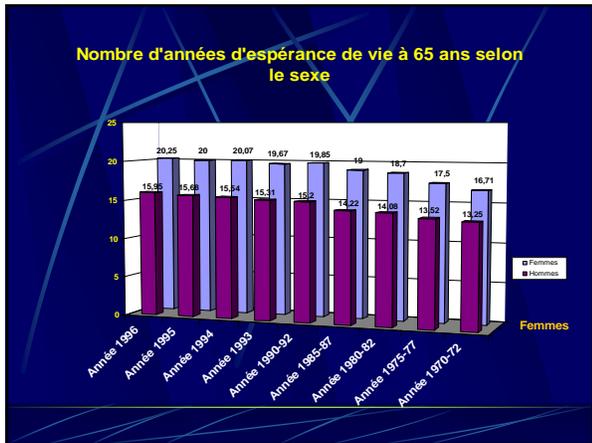
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

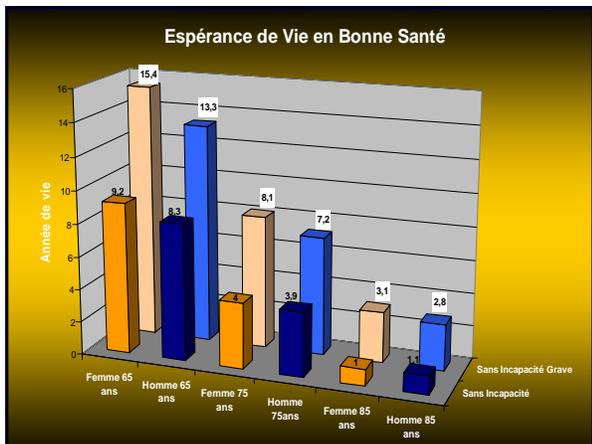
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

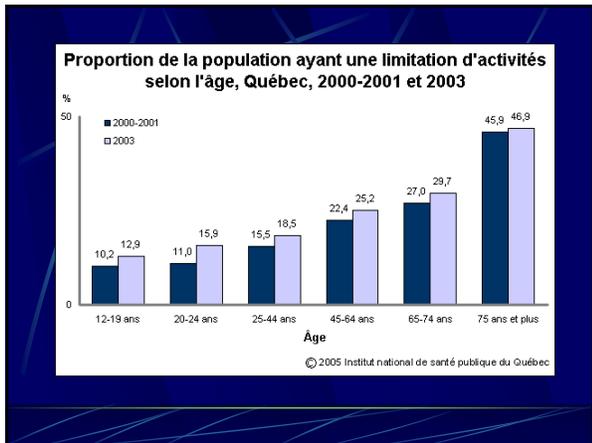
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

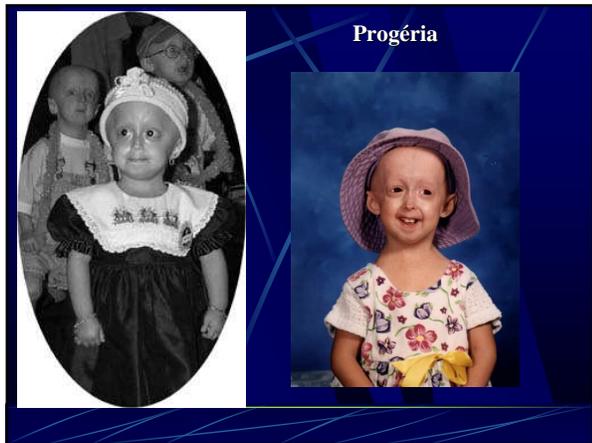
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Population âgée**

- Patients sans problème médical important**
- Patients médicalement compromis**
- Patients en perte d'autonomie**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Conditions de vie différentes  
Approches différentes



---

---

---

---

---

---

---

---

Signes anormaux de la bouche



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

***Le Vieillissement et les sens***

L'ouïe

Perte d'audition

- Affecte de 25-30% des 65 ans et plus autonomes
- Affecte plus de 70% des 65 ans et plus en institution

Contour d'oreille    Intra-auriculaire    Intra-conduit    Intra profond

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***Le vieillissement et les sens***

L'ouïe

Approche clinique

1. Évaluer la capacité d'audition
2. Placer le patient en face de soi
3. Les visages du patient et du dentiste situés à la même hauteur lors des conversations
4. Parler en prononçant clairement, en réduisant le débit, avec un timbre plus bas, sans crier

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***Le vieillissement et les sens***

La vision

Diminution de la clarté et du focus de l'image

Rétrécissement du champs visuel

1. Cataracte
2. Glaucome
3. Rétinopathie
  - Dégénérative
  - Diabétique
  - Hypertensive
4. Presbytie

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Le vieillissement et les sens

### La vision

#### Approche clinique

1. Faire face au patient
2. Ne pas arriver de derrière le patient
3. Éviter les gestes brusques et rapides devant le patient
4. Écrire en lettres moulées et grossir le caractère

---

---

---

---

---

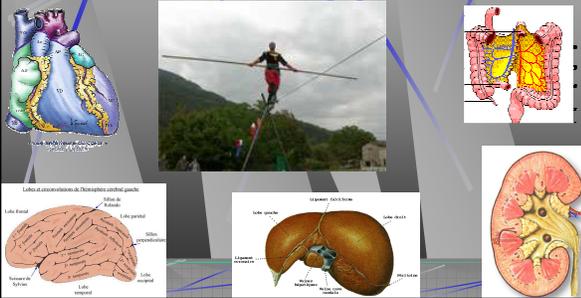
---

---

---

## LA RÉSERVE PHYSIOLOGIQUE

• La capacité de réserve fonctionnelle : 8 à 10 % / année  
• Le seul critère de l'équilibre



---

---

---

---

---

---

---

---

## Bilan de santé lourd et soins dentaires



---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du patient âgé

**Questions essentielles**

- Quelle est la capacité légale du patient ?
- Quelles est la raison de la consultation ?
- Quelle est la condition biologique du patient ?



---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du patient âgé

- Bilan de santé physique
- Bilan de l'état cognitif
- Bilan d'autonomie



---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du patient âgé

**BILAN DE SANTÉ PHYSIQUE**

- Histoire médicale détaillée
- Revue de la médication
- Signes vitaux



---

---

---

---

---

---

---

---

# Évaluation du patient âgé

## HISTOIRE MÉDICALE

Quels sont les éléments les plus importants?

- Problèmes cardiaques et vasculaires
- Anticoagulothérapie et antiplaquettaire
- Présence et sévérité du diabète
- Corticothérapie et maladies pulmonaires obstructives chronique
- Fonction du foie et des reins
- État du système immunitaire
- État cognitif



---

---

---

---

---

---

---

---

# Évaluation du patient âgé

## LA MÉDICATION



- Nombres
- Les grandes classes consommées
- La possibilité d'interaction avec les médicaments utilisés en dentisterie
- La possibilité de provoquer la xérostomie

---

---

---

---

---

---

---

---

# Évaluation du patient âgé

## LES SIGNES VITAUX

- Hauteur de la pression systolique et diastolique
- Régularité du pouls

---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du patient âgé

### AUTONOMIE ET ÉTAT COGNITIF

- Capacité de prendre en charge ses soins d'hygiène buccodentaire
- Possibilité de coopération pour les traitements
- Qui peut donner les consentements pour les soins

---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du patient âgé

L'importance du dossier médical



Quels sont les éléments pertinents ?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du patient en établissement



- Diagnostiques médicaux
- Liste des médicaments
- Niveaux de soins
- Signes vitaux
- Note d'évolution
- Demande de consultation

---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation du Patient à domicile



- Question sur les maladies présentes
- Questions sur les médicaments
- Discussion sur le type de soins
- Prise des signes vitaux
- Note au dossier
- Référence d'un confrère

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

## L'Hypertension Artérielle

- Pression artérielle anormalement élevée, qui à long terme cause des dommages à certains organes dont le rein, le coeur, le cerveau, et les yeux



---

---

---

---

---

---

---

---

## L'Hypertension Artérielle




- Une pression sanguine supérieure à 115/75 mm Hg augmente les risques pour la santé
- Pression normale 120/80 mm Hg
- Préhypertension 120-139/80-89 mm Hg
- Pour chaque augmentation de 20mm Hg systotique et 15 mm Hg diastolique la mortalité causée par infarctus ou accident vasculocérébrale double

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'Hypertension Artérielle



Stade 1

- 140-159 mmHg(systolique) et 90-99mmHg(diastolique)

Stade 2

- 160-179 mmHg(systolique) et 100-109mmHg(diastolique)



Stade 3 (abandonné)

- >180 mmHg(systolique) et >110 mmHg(diastolique)

JADA, Vol 135, MAY 2004

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'Hypertension Artérielle



Selon les dernières recommandations de 1992 de l'étude canadienne de consensus, applicable à la population gériatrique, est hypertendu toutes personnes ayant une tension artérielle systolique de plus de 160 mm Hg ou une diastolique de plus de 90 mm Hg en position assise.




---

---

---

---

---

---

---

---

## L'Hypertension Artérielle



L'hypertension précède les changements vasculaires dans les organes cibles qui développent de l'insuffisance rénale, accident vasculocérébrale, insuffisance coronaire, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, démence, perte de vision




---

---

---

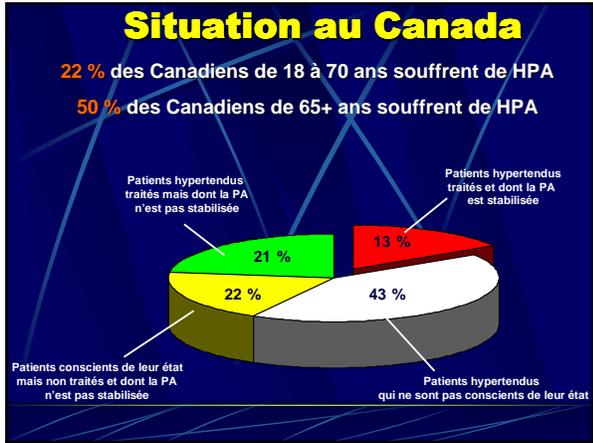
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

## Qu'est-ce que la pression artérielle?

C'est la force exercée sur les parois des artères lorsque le sang circule dans l'organisme




---

---

---

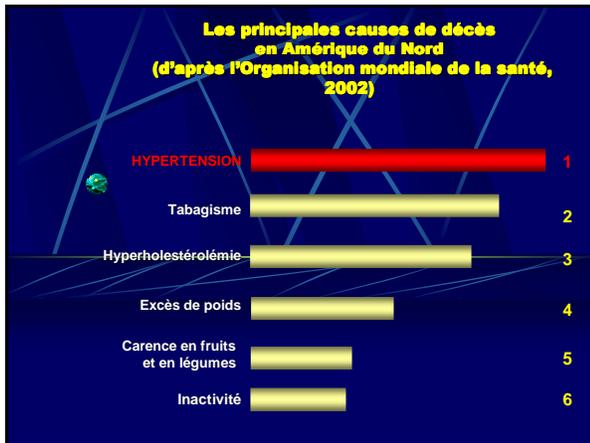
---

---

---

---

---




---

---

---

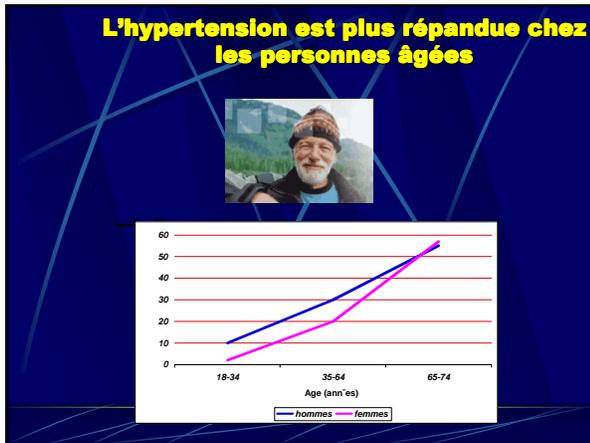
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

### Traitement pharmacologique

L'HTA est une maladie chronique → traitement médicamenteux prescrit à vie

Remèdes :

- changer de mode de vie
- médication si l'objectif n'est pas atteint après quelques mois.
- HTA sévère → médication dès le début de traitement

---

---

---

---

---

---

---

---

**1. Diurétiques**

- ◆ aident les reins à éliminer surtout le sodium et l'eau
- ◆ abaissent le volume de sang circulant
- ◆ diminuent la résistance opposée par les artérioles

**2. Béta-bloquants**

- ◆ bloquent certains effets cardiaques et périphériques de la noradrénaline
- ◆ diminuent le rythme cardiaque

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Antagonistes du calcium**

- ◆ réduisent l'apport de calcium aux cellules musculaires des parois des artérioles
- ◆ relâchent les cellules
- ◆ dilatent les artérioles

**4. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (ACE)**

- ◆ inhibent la formation d'angiotensine II
- ◆ permettent aux artérioles de se dilater

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Antagonistes de l'angiotensine II**

- ◆ N'empêchent pas la formation d'Angiotensine II
- ◆ bloquent son action
- ◆ prennent la place de l'angiotensine II au niveau des récepteurs dans les parois des vaisseaux

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'Hypertension Artérielle



- Diurétiques
- Bétabloquants
- Alpha et Bétabloquants combinés
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine
- Inhibiteurs calcique
- Agents alphabloquants
- Agent centraux
- Vasodilatateurs




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hypertension artérielle et soins dentaires

### La prise de la pression sanguine

- À tous les nouveaux patients
- Lors de tous les examens de rappel
- Monitoring des patients avec bilan de santé lourd durant les chirurgies buccales et parodontales, le placement d'implant et les traitements restauratifs compliqués



### La technique à respecter avant la prise de la mesure

- repos pendant 5 minutes
- Pas de caféine ou cigarette au moins 30 minutes avant la mesure
- Patient en position assise avec le bras au niveau du cœur

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hypertension artérielle et soins dentaire

- Pression élevée sans diagnostic d'hypertension → médecin
- Pression élevée malgré un traitement (patient souvent non fidèle) → médecin
- Pression élevée >160/100 mm Hg avec histoire d'hypertension laisser le brassard et vérifier la pression durant le traitement
- Ne pas poser de diagnostic indiquer au patient que sa tension est élevée, référer au médecin



Risques associés:  
accident vasculocérébrale  
infarctus du myocarde

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Hypertension artérielle et soins dentaire

Évaluation des risques

1. Quel est le risque associé à une pression élevée
2. À quel niveau de pression il devient dangereux de traiter son patient

American College of Cardiology et American Heart Association

↓

Guide des risques

Risque | lié à la condition cardiaque  
 | imposé par la chirurgie ou la procédure  
 | imposé par la réserve fonctionnelle




---

---

---

---

---

---

---

---

### Hypertension artérielle et soins dentaire

Le guide est divisé en risque

majeure	>5%
moyen	<5%
mineur	<1%

- Une pression non-contrôlée de >180/110 mm Hg
  - ↓
  - risque mineur
- Chirurgie Orale et Maxillofaciale Majeure et procédure parodontale extensive → risque moyen
- Chirurgie orale et parodontale mineure et procédure dentaire non-chirurgicale → risque mineur




---

---

---

---

---

---

---

---

### Hypertension artérielle et soins dentaires

<180/110 mm Hg → Tous les traitements permis

Si < 180/110 mm Hg mais > 160mm Hg vérifier la pression per traitement référer au médecin dans le mois

>180/110 mm Hg sans symptôme pas de traitement courant référer au médecin rapidement

>180/110 mm Hg avec symptômes pas de traitement courant référer au médecin immédiatement

>180/110 mm Hg avec ou non des symptômes les traitements d'urgence avec une consultation du médecin et vérification de la pression per traitement, électrocardiogramme, placement d'une ligne intraveineuse




---

---

---

---

---

---

---

---

## Hypertension artérielle et soins dentaires

### Pendant le traitement

- Rendez-vous court
- Contrôler la douleur et le stress
- Éviter l'hypoxémie si sédation au protoxyde d'azote
- Limiter l'usage de l'épinéphrine à .036 mg par visite (2 carpules d 1.8cc avec une concentration de 1:100,000 épinéphrine, si le patient est à un stade 1 ou 2. (Une de plus peut être acceptable si l'anesthésie est incomplète)
- Aucune épinéphrine si patient au stade 3
- Pas de norépinéphrine, ni levonordefrin au patient hypertensif
- Pas d'utilisation de corde à rétracter imprégnée d'épinéphrine



•Vérifier la pression sanguine suivant l'injection l'anesthésique

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hypertension artérielle et soins dentaires

- Utilisation des NSAID peut provoquer une baisse de l'efficacité de la médication anti-hypertensive, si pris pour 2 à 3 semaines
- Attention aux  $\beta$ -bloquants non-spécifiques



---

---

---

---

---

---

---

---

## L'hypertension artérielle et soins dentaires

### •Conséquences possibles

- L'angine de poitrine
- L'infarctus du myocarde
- L'accident vasculocérébrale
- Rétinopathie
- Insuffisance rénale et cardiaque
- Cardiomégalie



---

---

---

---

---

---

---

---

**L'ANGINE DE POITRINE**

**Symptômes**

- DOULEUR RÉTRO-STERNALE
- IRRADIATION DANS LA PARTIE INTERNE DU BRAS GAUCHE JUSQU'À L'AURICULAIRE
- MOINS SOUVENT DANS L'ÉPAULE DROITE ET LA PARTIE GAUCHE DU VISAGE

**Causes**

- HYPOXIE TRANSITOIRE DU MYOCARDE
- OBSTRUCTION DES ARTÈRES CORONAIRES
- HYPOTENSION
- ANÉMIE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**L'ANGINE DE POITRINE**

**• LES CONDITIONS DE STABILITÉ**

- **PAS DE CHANGEMENTS AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS DANS:**
  - LA DURÉE
  - LA FRÉQUENCE
  - L'INTENSITÉ

**• RÈGLES GÉNÉRALES**

- SEULS LES PATIENTS EN ÉTAT STABLE SERONT TRAITÉS
- RENDEZ-VOUS DE COURTE DURÉE (1H)
- LE PATIENT DOIT APPORTER DES NITROGLYCÉRINES NON-EXPIRÉES
- LE DENTISTE DOIT GARDER EN PERMANENCE DES NITROGLYCÉRINES POUR PALIER AUX OUBLIS (CONSERVATION MAXIMALE DE 4 À 6 MOIS DANS UNE BOUTEILLE OPAQUE)
- ATIVAN (.5 mg) 1 HEURE AVANT L'INTERVENTION SELON L'ÉTAT DE GRAVITÉ DE L'ANGINE.
- PAS PLUS DE 2 CARPULES DE 1.8 CC CONTENANT UNE CONCENTRATION D'ÉPINÉPHRINE 1:100,000 PAR 2 HEURES D'INTERVENTION.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**L'ANGINE DE POITRINE**

**Avant tout traitement du patient angineux**

- Aviser le patient d'amener sa nitroglycérine
- Vérifier l'accès et le mode d'utilisation de la nitroglycérine dans la trousse d'urgence, si le patient ne l'a pas en sa possession.
- Vérifier la médication qui peut être permanente (autocollant épidermique)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### L'ANGINE DE POITRINE

Les médicaments

- Les nitrates
- Les antiplaquettaires
- Les bêtabloquants
- Les inhibiteurs calciques
- Les inhibiteurs ACE

↓ demande O<sub>2</sub>

empêche l'aggrégation des plaquettes sanguines

compétition pour les récepteurs bêta

vasodilatation périphérique et contraction cardiaque

---

---

---

---

---

---

---

---

### L'ANGINE DE POITRINE

Traitements

- Revascularisation avec ou sans gaine
- Pontages

---

---

---

---

---

---

---

---

### L'ANGINE DE POITRINE

Stable: risque <5% tous les traitements de routine  
contrôler l'anxiété  
limiter l'épinéphrine 2 carpules 1/100 000 épinéphrine  
contrôler la douleur  
si antiplaquettaires attention aux saignements

instable: risque majeure >5% traitement d'urgence seul consultation avec le médecin  
placement d'une ligne intraveineuse possible  
sédation, oxymètre, pression artérielle, électrocardiogramme, pouls  
vasoconstricteur à utiliser avec précaution

---

---

---

---

---

---

---

---

## Infarctus du myocarde

Les traitements ont pour but de réduire l'importance de l'infarction et prévenir la mort lié à l'arythmie se développant

Aspirine (160-325 mg)

Héparine à bas poids moléculaire

Trombolyse (3h -12h)

- streptokinase
- urokinase
- altéplase
- reteplase
- rt-PA

Revascularisation, pontage, cathérisation

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Infarctus du myocarde

Les médicaments

- Les nitrates demande O2
- Les antiplaquettaires empêche l'aggrégation des plaquette sanguine
- Les betabloquants compétitionne pour les récepteurs béta
- Les inhibiteurs calciques vasodilatation périphérique et contraction cardiaque
- Les inhibiteurs ACE
- Les anticholestérolémiant

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Infarctus du myocarde

< 1mois → Les soins seront déferés dans le temps , seul les soins urgents pourront être faits (risque majeure)

> 1 mois → Tous les soins dentaires de routine si stable et faible atteinte  
voir angine stable(risque intermédiaire)

>1 mois → Les soins d'urgence seulement ou fait dans un milieu contrôlé si large destruction et instabilité  
voir angine instable

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Infarctus du myocarde

Stable: risque <5% tous les traitements de routine  
 contrôler l'anxiété  
 Limiter l'épinéphrine 2 carpules 1/100 000  
 épinéphrine  
 contrôler la douleur  
 si antiplaquettaires attention aux saignements

instable: risque majeure >5% traitement d'urgence seul  
 consultation avec le médecin  
 placement d'une ligne intraveineuse possible  
 sédation, oxymètre, pression artérielle,  
 électrocardiogramme, pouls  
 vasoconstricteur à utiliser avec précaution

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?

C'est l'incapacité du cœur :

- à fonctionner efficacement comme une pompe
- à assurer le débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prévalence de l'IC :

8 ‰	50 ans ≤ âge ≤ 60 ans
23 ‰	60 ans ≤ âge ≤ 70 ans
49 ‰	70ans ≤ âge ≤ 80 ans
91 ‰	80ans ≤ âge ≤ 90 ans

Maladie fréquente chez les personnes âgées

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'insuffisance ventriculaire Gauche

- ↗ dyspnée due à l'accumulation de sang dans les vaisseaux pulmonaires
- ↗ œdème pulmonaire
- ↗ hypertension pulmonaire
- ↗ augmentation du travail du ventricule droit
- ↗ insuffisance ventriculaire droite

---

---

---

---

---

---

---

---

## Mécanismes de l'insuffisance ventriculaire

1-systolique du ventricule gauche:  
incapacité de se vider correctement

2-diastronique :  
(fréquente chez les personnes âgées)  
le ventricule ne se remplit pas de façon satisfaisante

---

---

---

---

---

---

---

---

Près de 50% des IC des sujets de plus de 70 ans ont :

- ♦ IC à fonction systolique conservée (fraction d'éjection du ventricule gauche supérieure à 40%)
- ♦ Trouble de remplissage

---

---

---

---

---

---

---

---

✓ enflure des chevilles et jambes



---

---

---

---

---

---

---

---

✓ Ascite :  
accumulation  
de fluide



---

---

---

---

---

---

---

---

- ✓ congestion du foie
- ✓ œdème des intestins: anorexie, nausée, vomissement , constipation
- ✓ Veine distendue au cou
- ✓ Clubbing des doigts



---

---

---

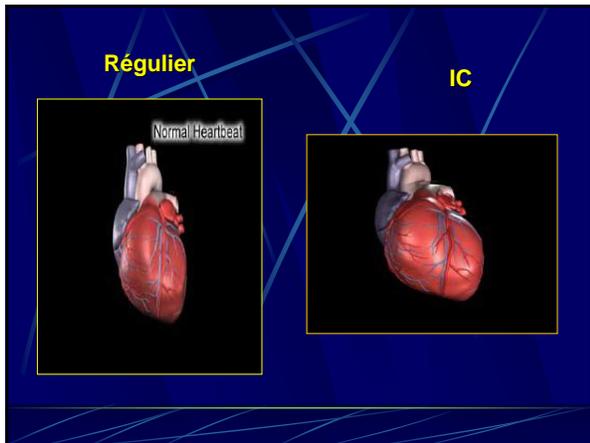
---

---

---

---

---




---

---

---

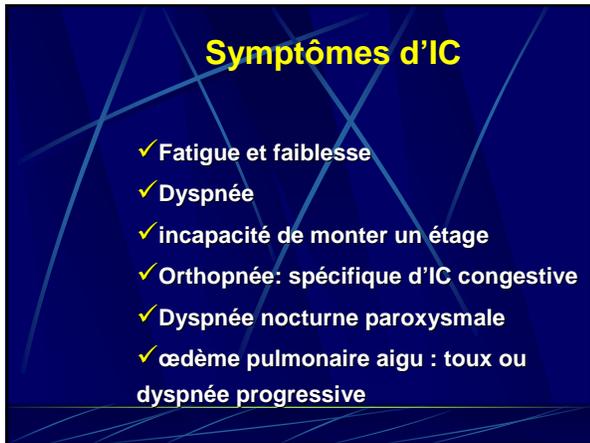
---

---

---

---

---




---

---

---

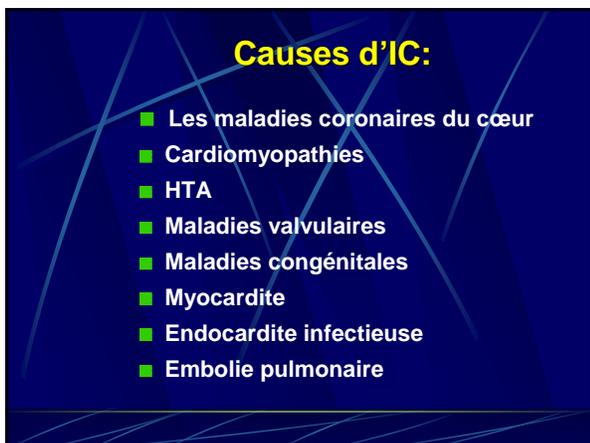
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

## Classification de New York Heart association :

### 👉 Classe I : IC compensée

- ✓ pas de limitation des activités physiques
- ✓ pas de dyspnée
- ✓ pas de fatigue
- ✓ pas de palpitations avec activités physiques ordinaires

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classification de New York Heart association :

### 👉 Classe II:

- ✓ limitation légère des activités physiques
- ✓ fatigue
- ✓ Palpitation et dyspnée avec activités ordinaires
- ✓ confortable au repos

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classification de New York Heart association :

### 👉 Classe III:

- ✓ limitation marquée des activités
- ✓ symptômes pour activités mineurs
- ✓ confortable au repos

### 👉 Classe IV:

- ✓ symptômes au repos

---

---

---

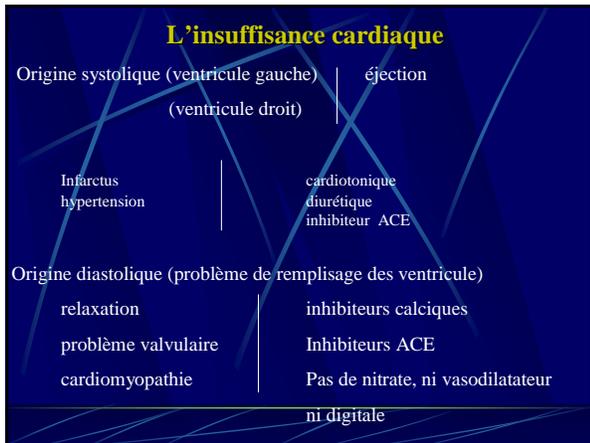
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### L'insuffisance cardiaque

Sans symptômes connus (enflure des jambes, congestion pulmonaire)

- Les signes vitaux sont dans les limites de la normalité
- Une évaluation médicale dans la dernière année

**Les traitements dentaires sont permis**

Avec symptômes intermittents

- La vérification des signes vitaux
- Une vérification récente du taux sanguin de potassium et de la digitale
- Si on observe la congestion pulmonaire ne pas trop pencher la chaise

**Les traitements dentaires sont permis**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### L'insuffisance cardiaque

Symptômes présents

Les traitements dentaires sont autorisés avec l'accord express du médecin après :

- La vérification des signes vitaux
- Une vérification pré-TX du taux sanguin de potassium et de la digitale
- Une sédation ( Ativan .5 mg, Serax 10-15 mg)
- Si on observe la congestion pulmonaire ne pas trop pencher la chaise

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Attitudes médicales

### Traitement de routine :

- Diurétique: seul médicament qui contrôle la rétention de fluide
- IECA: prescrit avec Diurétique :
  - soulagement plus rapide des symptômes
  - diminue le besoin de doses élevées de diurétiques
  - diminue le risque de décès de **20 à 30 %**
- Béta-bloquants: prescrit avec IECA, diminue le risque de décès d'IC de **30 à 40 %**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les risques de traiter un patient avec IC symptomatique:

- Arythmie fatale
- Infarctus
- Angine instable
- Mort subite

---

---

---

---

---

---

---

---

## Processus d'évaluation

1. Identifier la cause d'IC à travers :
  - histoire médicale
  - évaluation des signes vitaux
  - revue des systèmes
2. Différer les soins chez un patient avec IC symptomatique non traitée
3. Confirmer le statut du patient

---

---

---

---

---

---

---

---

- 4. Rendez-vous court
- 5. Position droite de la chaise/ œdème pulmonaire
- 6. Changement de position doucement
- 7. Assister le patient sur la chaise et après
- 8. Éviter les AINS
- 9. Faire attention aux signes de toxicité des digitalis

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Patient Cl. I:** peut subir les soins dentaires de routine
- **Patient Cl. II + quelques Cl. III:**  
Faire les soins dentaires avec accord du médecin traitant
- **Patient Cl. III+ Cl. IV:**  
Soins à l'hôpital avec monitoring continue

---

---

---

---

---

---

---

---

**L'ACCIDENT VASCULO-CÉRÉBRAL**

- Accident transitoire
- Accident permanent

Pas de traitement avant 6 mois

Après 6 mois post-incident :

- Autorisation du médecin traitant
- Vérification du temps de saignement RIN avant TX  
↓ 3.5 RIN
- Vérification de la pression sanguine (limite de la normale)
- Traiter par sédation si anxiété

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'ACCIDENT VASCULO-CÉRÉBRAL

- Accident transitoire
- Accident permanent

Pas de traitement avant 6 mois

Après 6 mois post-incident :

- Autorisation du médecin traitant
- Vérification du temps de saignement RIN avant TX  
↓ 3.5 RIN
- Vérification de la pression sanguine (limite de la normale)
- Traiter par sédation si anxiété

---

---

---

---

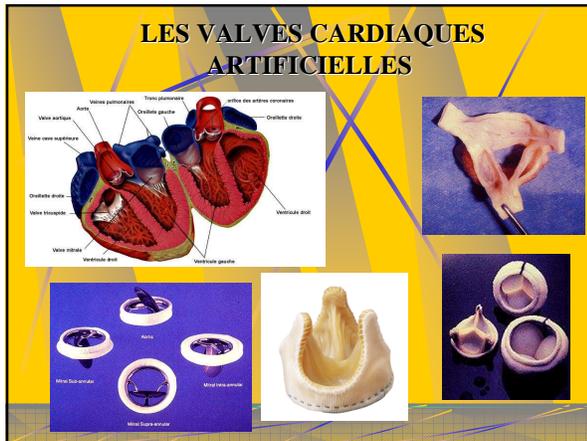
---

---

---

---

## LES VALVES CARDIAQUES ARTIFICIELLES



---

---

---

---

---

---

---

---

## LES VALVES CARDIAQUES ARTIFICIELLES

Remplacement des valves mitrale et tricuspide principalement

La problématique associée au traitement des porteurs de valves cardiaques artificielles

- Le risque d'infection post-opératoire
- Le temps de coagulation allongé en raison de la prise de Coumadin

Traitements dentaires non-chirurgicaux autorisés avec :

- Le RIN plus bas que 3.5
- Antibiothérapie prophylactique pré- traitement
- Contrôle de l'inflammation gingivale

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prophylaxis Guidelines

IE is much more likely to result from frequent exposure to random bacteremias associated with daily activities than from bacteremia caused by a dental, GI tract, or GU tract procedure.

Prophylaxis may prevent an exceedingly small number of cases of IE, if any, in individuals who undergo a dental, GI tract, or GU tract procedure. The risk of antibiotic-associated adverse events exceeds the benefit, if any, from prophylactic antibiotic therapy.

Maintenance of optimal oral health and hygiene may reduce the incidence of bacteremia from daily activities and is more important than prophylactic antibiotics for a dental procedure to reduce the risk of IE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Patient à haut risque d'endocardite bactérienne

- Valves
- Histoire passée d'endocardite

LA DIMINUTION DE L'INFLAMMATION AVANT TOUS Tx

- RINCER AVEC UNE SOLUTION DE CHLORHEXIDINE OU DE POVIDONE -JODINE AVANT LE TRAITEMENT
- ATTEINTE D'UN NIVEAU D'HYGIÈNE ADÉQUAT
- IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS LES CAS DE DÉFICIENCE COGNITIVE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## L'ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE

SITUATION	AGENT	PROTOCOLE
STANDARD	AMOXILLINE	2000 MG, 1 HEURE AVANT LA PROCÉDURE
INCAPACITÉ À PRENDRE DES COMPRIMÉS	AMPICILLIN	2.0 G INTRAMUSCULAIRE OU INTRAVEINEUX; 30 MINUTES AVANT LA PROCÉDURE
ALLERGIE À LA PÉNICILLINE	CLINDAMYCIN OU AZITHROMYCINE OU CLARITHROMYCINE	600 MG, 1 HEURE AVANT LA PROCÉDURE  500 MG, 1 HEURE AVANT LA PROCÉDURE
ALLERGIE À LA PÉNICILLINE MAIS INCAPABLE DE PRENDRE DES COMPRIMÉS	CLINDAMYCINE	600 MG INTRAVEINEUX 30 MINUTES AVANT LA PROCÉDURE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anticoagulothérapie

**Les principes de la coagulation sanguine**

### Formation de la fibrine

### Plaquettes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anticoagulothérapie

### Prise de coumadin (Warfarine)

Affecte la fabrication de fibrine en inhibant la vitamine K

Conditions pour la prise:

- Valves cardiaques
- Thrombose Veineuse
- Infarctus
- Accident cérébro-vasculaire

Si RNI < 3,5 tous les soins dentaires non-chirurgicaux permis

Patient a les résultats tous les mois environ

Vérification de sa stabilité est importante

### Prise chronique d'aspirine

Affecte les plaquettes sanguines

**Tous les soins d'hygiène permis si pas de coumadin prescrit en concomitance**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anticoagulothérapie

### Les antiplaquettaires

- Acetylsalicylique (Aspirine)
- Clodidogrel (Plavix)
- Ticlopine (Ticlid)
- Dipyridamole (Persantine)

### Les inhibiteurs de la formation de la fibrine

- Warfarine (coumadin)
- Héparine
- Enoxaparin(Lovenox)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## LES PROTHÈSES ARTICULAIRES

### Patients à risque

- Immunocompromis ( Médication, Radiation, Maladie)
- Diabète insulino-dépendant (Type 1)
- Prothèses articulaires mises en place dans les 2 ans
- Histoire d'infection à un joint prothétique
- Patient malnourri (patient âgé chétif)
- Hémophilique

Les soins dentaires chez ces patients  
sont à haut risque (ADA/AAOS)

### Antibiothérapie prophylactique recommandée

RINSER AVEC UNE SOLUTION DE CHLORHEXIDINE OU DE  
POVIDONE -IODINE AVANT LE TRAITEMENT



---

---

---

---

---

---

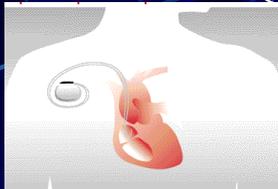
---

---

---

---

## LE RÉGULATEUR CARDIAQUE



- Miller et al.,1998
- 15 cm détartreur ultrasonique
- 30cm bain ultrasonique

LES NOUVEAUX RÉGULATEURS CARDIAQUES DEVRAIENT AVOIR  
UN BLINDAGE SUFFISANT MAIS EN L'ABSENCE DE DONNÉES DE  
RECHERCHE RÉCENTES SUR LE SUJET ON DOIT CONTINUER À  
ÉVITER L'UTILISATION DE L'ULTRASON PRODUISANT UN  
CHAMPS MAGNÉTIQUE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS:

J Clin Periodontol. 2003 Feb;30(2):95-101. Review

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Le transfert du patient

### Préparation de l'intervenant

- |                |                           |
|----------------|---------------------------|
| •Tronc         | Démonstration             |
| •Cuisse        | •Perche et contact étroit |
| •Entraînement  | •Glissement               |
| •Réchauffement | •Pivot                    |

---

---

---

---

---

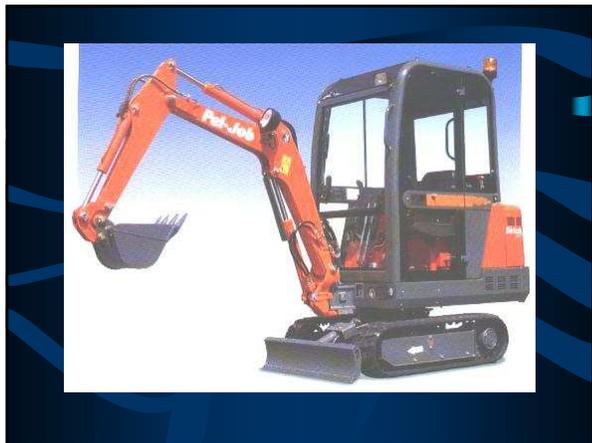
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

## Les démences

---

---

---

---

---

---

---

---

**LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LES ORGANES VITAUX**

**LA FONCTION NEUROLOGIQUE ↓**

- Pertes neuronales
- Neurotransmetteurs
- Connexions dendritiques
- Vitesse d'analyse de l'information
- Capacité de concentration

**La démence**

- Dégénérative
- Vasculaire

---

---

---

---

---

---

---

---

## Démence

### Qu'est-ce que la démence

**Définition:**  
**Désordre mental causé par ou relié à une atteinte du cerveau, d'une condition médicale, ou de l'utilisation d'une substance qui résulte en une dysfonction transitoire ou permanente du cerveau.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Types de démence

Irréversible		Réversible	
Maladie d'Alzheimer	58.0%	Dépression	4.5%
Vasculaire	13.3%	Hydrocéphalie	1.6%
Alcool	4.2%	Médicaments	1.5%
Parkinson	1.2%	Néoplasme	1.5%
Huntington	0.9%	Désordres	
Démence mixte	0.8%	métaboliques	1.5%
Traumatisme	0.4%	Infections	0.6%
Anoxie	0.2%	Hématome	
		Sous-dural	0.4%

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Types de démence

Au Canada

- **420 600** personnes atteintes de démence irréversible
- **98 000** au Québec

2005 ;      94,000 nouveaux cas de démence annuels  
 2011 ;      112,000 nouveaux cas de démence annuels

Total des personnes atteintes en 2031; **750,000**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Types de démence

Au Canada

- 8% des 65 + ans sont atteints de démence irréversible
- 2% des 65-74 ans
- 11% des 75-85 ans
- 33% des 85+ ans
- 50% vivent aux sein de leur collectivité

---

---

---

---

---

---

---

---

## Types de démence

**Corticale**

- Maladie d'Alzheimer
- Vasculaire
- À corps de Lewy
- Non-Alzheimer de type fronto-temporale
- Maladie de Pick

**Sous-Corticale**

- Parkinson
- Vasculaire
- Huntington
- À corps de Lewy

---

---

---

---

---

---

---

---

## LA MALADIE D'ALZHEIMER

- Démence ayant principalement des atteintes corticales
- La plus fréquente formes de démence chez l'adulte



**Historique:**

1907 Première publication d'une histoire de cas en par le Dr Alzheimer  
incluant présentation des lésions cérébrales caractéristiques;  
(plaque sénile, fuseau neurofibrillaire, pertes synaptiques et neuronales)

1910 Baptême du nom Maladie d'Alzheimer par Kraepelin

1976 Démonstration du déficit cholinergique par Davies et Maloney

---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

- **280 600 personnes atteintes au Canada**
- **65 000 personnes atteintes au Québec**
- Ratio 3,3/1 vis à vis la démence vasculaire
- 2X plus de femmes
- 60% de toutes les formes de démence (environ)
- La durée de la maladie entre 3 et 20 ans avec une moyenne près de 12ans
- 60000 nouveaux cas par année au Canada
- 5-10% de la population des 65 ans et plus
  - 1% des 65-74 ans
  - 7% des 75-84 ans
  - 25% des plus de 85 ans

---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

**Principaux Signes Cliniques**

Perte graduelle de la mémoire et autres habiletés cognitives

1. Amnésie
2. Aphasie
3. Apraxie
4. Agnosie
5. Fonction exécutive altérée




---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

**Autres Signes Cliniques**

- Paranoïa
- Croyances erronées (vol, fidélité, identification de personnes)
- Halucinations (visuelles et auditives)
- Agressions (verbales et physiques)
- Retrait
- Sommeil perturbé
- Dépression (en début de maladie)
- Incontinence
- Hygiène personnelle laissant à désirer




---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

**Prévalence des psychoses**

- **Croyances erronées** 36%  
(vol, fidélité, identification de personnes)
- **Halucinations** 18%  
(visuelle 19% et auditive 9%)

**Incidence des psychoses**  
sur une période de :

• 1an	20-25%
• 2ans	36.1%
• 3ans	49,5%
• 4ans	51,3%




---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

**Facteur de risque de psychoses**

<b>Atteinte légère</b> (Score MMSE 21-25)	25%
<b>Atteinte modérée</b> (Score MMSE 20-11)	37%
<b>Atteinte Sévère</b> (Score MMSE 10-0)	49%

<b>Croyances fausses</b>	<b>Atteinte légère</b> (Score MMSE 21-25)	23%
	<b>Atteinte modérée</b> (Score MMSE 20-11)	46%
	<b>Atteinte Sévère</b> (Score MMSE 10-0)	33.3%

<b>Hallucination</b>	<b>Atteinte légère</b> (Score MMSE 21-25)	11.4%
	<b>Atteinte modérée</b> (Score MMSE 20-11)	19%
	<b>Atteinte Sévère</b> (Score MMSE 10-0)	28%




---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

*Le sexe du sujet*  
*Le niveau d'éducation*  
*L'histoire familiale de démence*  
*Âge de début de la maladie*  
*La durée de la maladie*

**Ne sont pas associés aux psychoses dans la maladie d'Alzheimer**




---

---

---

---

---

---

---

---

## La maladie d'Alzheimer

Stades de la maladie

**L'échelle de détérioration globale (sept stades)**

- **Stade 1 : Stade de référence**  
Ne vit aucune difficulté dans le cadre de la vie quotidienne
- **Stade 2 : Troubles de mémoire**  
Oublie les noms et l'emplacement de certains objets  
Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots
- **Stade 3 : Confusion bénigne**  
A de la difficulté à aller à de nouveaux endroits  
A de la difficulté à faire face aux problèmes qui surviennent au travail




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## La maladie d'Alzheimer

Stades de la maladie

- **Stade 4 : Confusion avancée**  
A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, emplettes, planification d'un repas avec invités)
- **Stade 5 : Problèmes bénins d'ordre cognitif**  
A besoin d'aide pour choisir ses vêtements  
A besoin d'être incité à se laver
- **Stade 6 : Problèmes moyens d'ordre cognitif -- supervision constante**  
A besoin d'aide pour s'habiller  
A besoin d'aide pour, ou à peut-être peur de, prendre son bain  
Est de moins en moins capable d'aller aux toilettes, ou est incontinent




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## La maladie d'Alzheimer

Stades de la maladie

- **Stade 7 : Problèmes avancés d'ordre cognitif**  
Vocabulaire limité pour enfin ne répondre que par un seul mot  
Perd la capacité de marcher et de s'asseoir  
Deviens incapable de sourire

Modification tirée de l'Échelle de Reisberg, Reisberg, 1982.  
Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., and Crook, T., *American Journal of Psychiatry*, 139:1136-1139, 1982.




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

**Pathophysiologie**

Plaques séniles (neuritiques) composées de la protéine extracellulaire  $\beta$ -amiloïde

Fuseau neurofibrillaire intracellulaire associé à la haute phosphorylation de protéines TAU des microtubules

Pertes et morts neuronales

Pertes des synapses





---

---

---

---

---

---

---

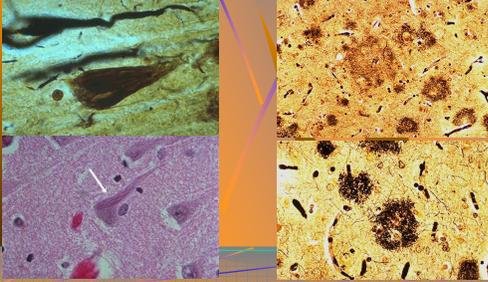
---

### La maladie d'Alzheimer

**Pathophysiologie**

Plaques séniles (neuritiques) composées de la protéine extracellulaire  $\beta$ -amiloïde

Fuseau neurofibrillaire intracellulaire associé à la haute phosphorylation de protéines TAU des microtubules





---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

**Pathophysiologie**

Perte et morts neuronales

Perte des synapses





---

---

---

---

---

---

---

---

## La maladie d'Alzheimer

**Pathophysiologie**

Perte et morts neuronales  
Perte des synapses




---

---

---

---

---

---

---

---

## La maladie d'Alzheimer

**Diagnostic**

Plainte de la famille  
Le diagnostic est clinique:

1. Anamnèse et examen physique (tests de laboratoire)
2. Examen neuropsychologique
3. Imagerie (tomodensitométrie, résonance magnétique cérébrale)

Confirmé à l'autopsie

---

---

---

---

---

---

---

---

## La maladie d'Alzheimer

**Diagnostic**

3. Examen neuropsychologique

Test mini mental state evaluation (MMSE)  
(Test de Folstein)

24-21	atteinte légère
20-11	atteinte modérée
>11	atteinte sévère

---

---

---

---

---

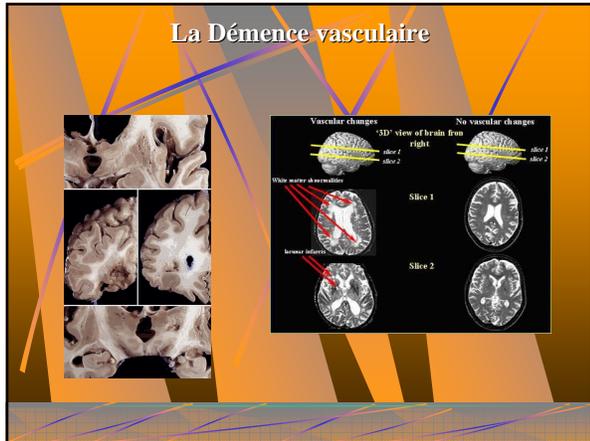
---

---

---








---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

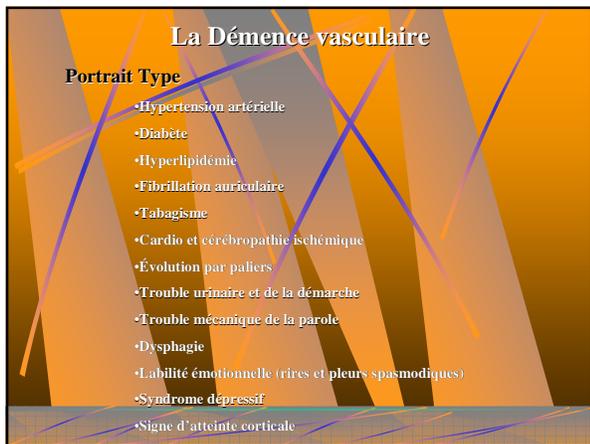
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---



## Démence Parkinsonienne

### PRÉSENTATION CLINIQUE

- **Atteinte des fonctions exécutives**  
Planification, organisation de l'information
- **Dysfonction du lobe frontal au début et des connexions sous-corticales** ensuite

---

---

---

---

---

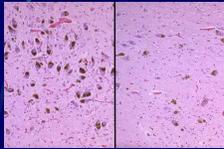
---

---

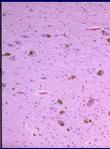
---

## Démence Parkinsonienne

Normale



Maladif



---

---

---

---

---

---

---

---

LA PERTE D'AUTONOMIE ET LES SOINS DENTAIRES

### *L'approche clinique*



Humour Noir et Hommes en Blanc, Claude Sierre, 1995

---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

Évaluation et analyse du comportement

Agitation, agressivité, cris, errance, fouille

Colliger les données:

- Durée, nature, environnement, éléments déclencheurs, fréquence.
- On doit questionner les proches et soignants sur les comportements
- Quand: localisation temporelle dans la journée
- Lié ou non à une sensation ou à un besoin physique
- Privation ou surcharge sensorielle
- Éléments déclencheurs
- Comment réussit-on à faire son hygiène corporelle et buccodentaire

---

---

---

---

---

---

---

---

### La maladie d'Alzheimer

Planification de l'intervention

- Travail d'équipe avec les soignants et aidants naturels
- Devant de l'agitation et de l'agressivité, **DE LA DIFFICULTÉ À RESTER EN PLACE, ON DOIT TOUJOURS PENSER À DE LA DOULEUR COMME MOTEUR DU COMPORTEMENT**
- Surtout en présence de déficits sensoriels ou incapacité à communiquer, le patient souffre beaucoup de la situation et peut devenir très anxieux.
- Il faut rassurer le patient et bien lui expliquer le traitement à faire et les étapes, mais de façon facile à comprendre
- Contrôler l'environnement: repère spatiaux –temporaux connus
- Éviter la contention et les contraintes physiques
- Vérifier avec les proches ou le soignants les meilleurs temps de travail

---

---

---

---

---

---

---

---



**La maladie d'Alzheimer**

En début de maladie

- La famille doit être mise au courant de l'importance de choisir un dentiste et de le conserver tout au cours de la maladie
- Une évaluation complète de la bouche du patient comprenant toutes les radiographies nécessaires doit être entreprise
- À ce stade précoce, toutes les interventions planifiées doivent être réalisées.
- On doit instaurer un programme de préventions très agressif avec des visites de rappels au 3 mois

---

---

---

---

---

---

---

---

**La maladie d'Alzheimer**

Le plan de traitement en début de maladie

- Doit comprendre en début de maladie la réparation de toutes dents défectueuses et l'extraction des dents ayant un pauvre pronostic, et un suivi au trois mois.
- Le choix du type des remplacements prothétiques devra tenir compte de la dégradation de l'hygiène buccodentaire durant les années futures ( fixe versus amovible)
- La mise en place d'implant dentaire devrait être évitée après le début de la maladie
- Un brossage quotidien avec du fluorure de sodium 2% devrait être instauré.

---

---

---

---

---

---

---

---

**La maladie d'Alzheimer**

Le plan de traitement en cours de maladie

- Doit tenir compte de la coopération du patient afin d'être réalisable
- Doit chercher à maintenir les acquis et à retarder la dégradation des dents restantes
- Doit maintenir le patient sans douleur (extraction, meulage de dents acérées)
- Doit chercher à éviter l'anesthésie générale le plus possible
- Doit inclure l'utilisation de fluor de sodium neutre 2%

---

---

---

---

---

---

---

---

LA PERTE D'AUTONOMIE ET LES SOINS DENTAIRES  
*L'approche clinique*

Humour Noir et Hommes en Blanc, Claude Serré, 1995

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Problématique**

↑ Population vieillissante : importance des maladies chroniques et d'ordre cognitive

↓

Problèmes de mobilité, de confusion et perte d'autonomie

↓

Difficultés d'accès aux soins

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Problématique**

---

---

---

---

---

---

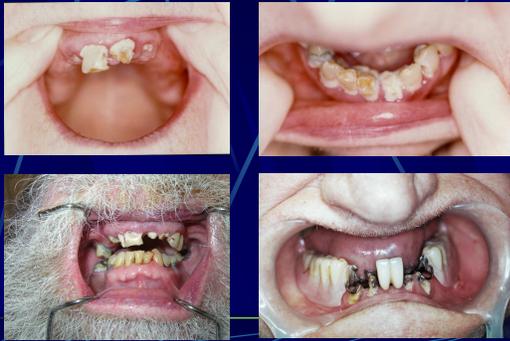
---

---

---

---

## Problématique



---

---

---

---

---

---

---

---

## Signes de vieillissement normal de la bouche

- Dents
- Gencives
- Muqueuses



---

---

---

---

---

---

---

---

## Caries dentaires



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

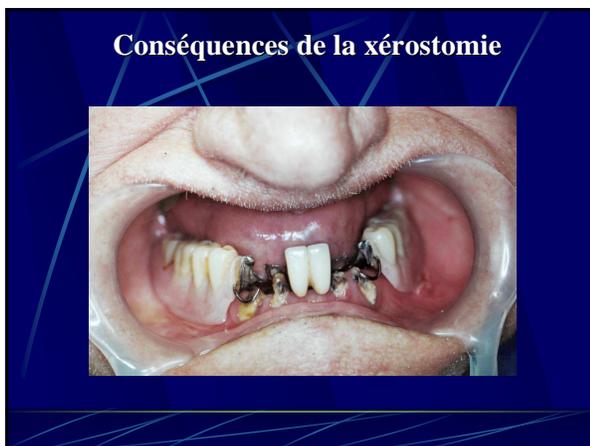
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

**LA CARIE DE RACINE ET SES SOINS**

**PROTOCOLE DE PRÉVENTION**

**LE PATIENT À FAIBLE RISQUE:**

- 1) PAS DE CARIE DE RACINE DURANT LES 3 DERNIÈRES ANNÉES
- 2) BONNE HYGIÈNE
- 3) VISITES RÉGULIÈRES CHEZ LE DENTISTE

- A) DENTIFRICE AU FLUOR + EAU POTABLE FLUORÉE
- B) RADIOGRAPHIES INTERPROXIMALES À CHAQUE ANNÉE
- C) VISITES SEMI-ANNUELLES COMPRENANT L'APPLICATION DE 2.0% FLUORURE DE SODIUM NEUTRE (9000PPM)

---

---

---

---

---

---

---

---

**LA CARIE DE RACINE ET SES SOINS**

**PROTOCOLE DE PRÉVENTION**

**LE PATIENT À RISQUE MOYEN:**

- 1) UNE OU DEUX CARIES RÉCURRENTES EN TROIS ANS
- 2) RÉCESSION GINGIVALE MODÉRÉE
- 3) PRISE MULTIPLE DE MÉDICAMENTS (1-3)

- MÊME PROTOCOLE QUE LE PATIENT À RISQUE FAIBLE +
- A) APPLICATION QUOTIDIENNE DE 2.0% FLUORURE DE SODIUM NEUTRE EN GEL
  - B) CONTRÔLE DE LA DIÈTE

---

---

---

---

---

---

---

---

**LA CARIE DE RACINE ET SES SOINS**

**PROTOCOLE DE PRÉVENTION**

**LE PATIENT À HAUT RISQUE:**

- 1) 3 CARIES OU PLUS DANS LES DERNIERS TROIS ANS
- 2) PATIENT AVEC RECONSTRUCTIONS MAJEURES
- 3) PÉRIODONTITE SÉVÈRE ET RÉCESSIONS MULTIPLES
- 4) PATIENT PHYSIQUEMENT OU COGNITIVEMENT DÉPENDANT
- 5) PATIENT AVEC DYSFONCTION DES GLANDES SALIVAIRES
- 6) PRISE DE MULTIPLES MÉDICAMENTS (PLUS DE 3)

- MÊME PROTOCOLE QUE LE PATIENT À RISQUE MODÉRÉ +
- A) RAPPEL À TOUS LES 3 MOIS
  - B) APPLICATION QUOTIDIENNE DE 2.0 % FLUORURE DE SODIUM NEUTRE.
  - C) CONTRÔLE DE LA DIÈTE
  - D) UTILISATION DU GLUCONATE DE CHLOHEXIDINE .12 % (PERIDEX) POUR CONTRÔLER LES STREPTOCOQUES MUTANTS

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

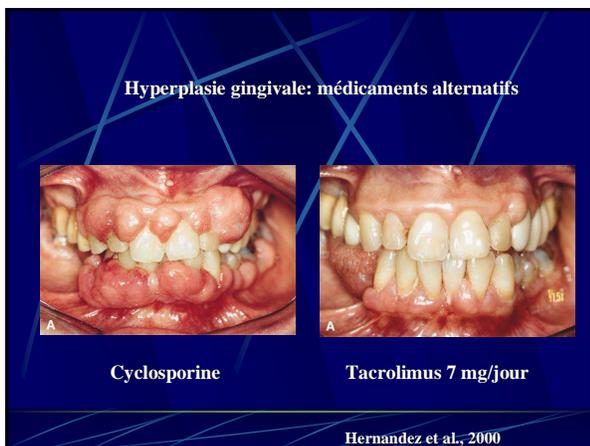
---

---

---

---

---



---

---

---

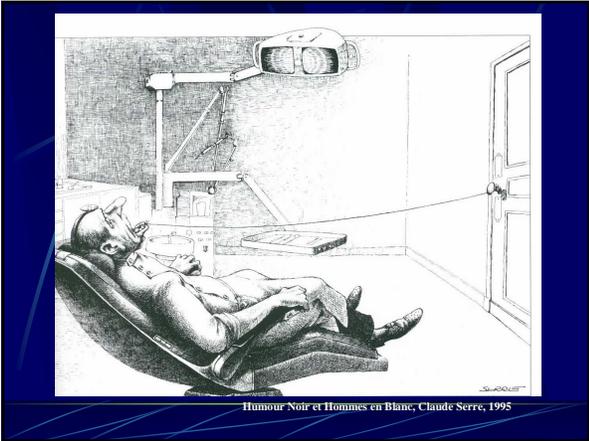
---

---

---

---

---



Humour Noir et Hommes en Blanc, Claude Serre, 1995

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

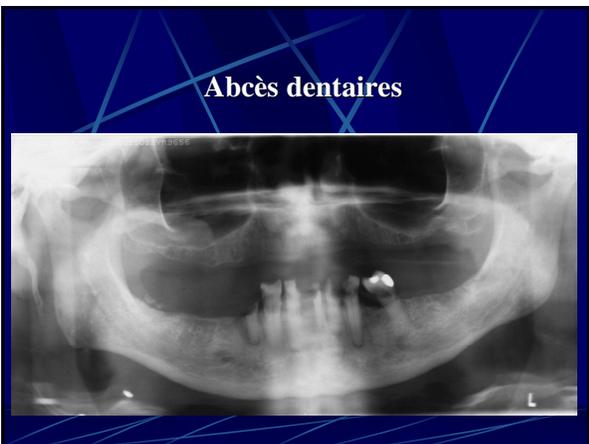
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

### Ulcère prothétique



---

---

---

---

---

---

---

---

### Ulcère prothétique



14 jours plus tard



---

---

---

---

---

---

---

---

### La prothèse complète



---

---

---

---

---

---

---

---

## La prothèse complète



- Regarnissage
- Refaire les prothèses



---

---

---

---

---

---

---

---

## Édention



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

Bilans médicaux pouvant influencer les traitements dentaires

**Application de critères éthiques dans le choix du traitement**

Le choix traitement devrait:

- ne pas nuire à la santé du patient
- avoir pour but d'améliorer sa santé
- donner des bénéfices qui surpassent les inconvénients
- être la volonté du patient
- être basé sur des évidences scientifiques reconnues

---

---

---

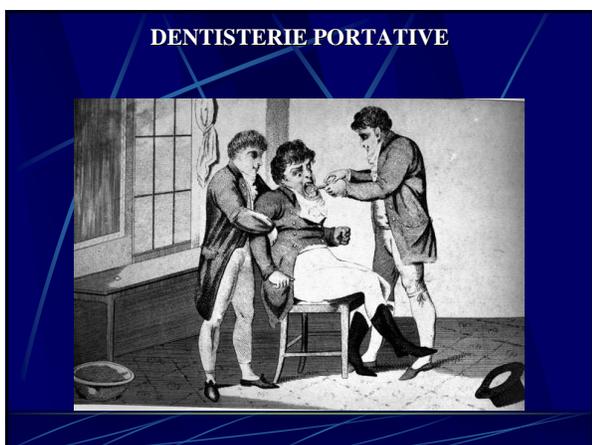
---

---

---

---

---



---

---

---

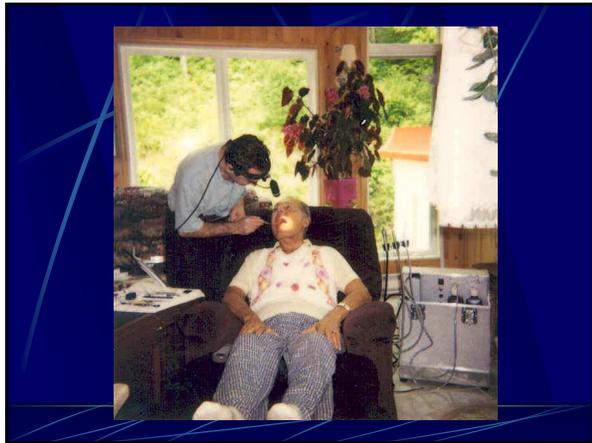
---

---

---

---

---



---

---

---

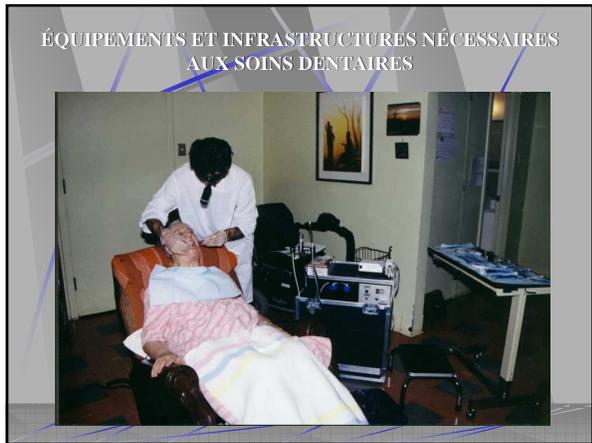
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

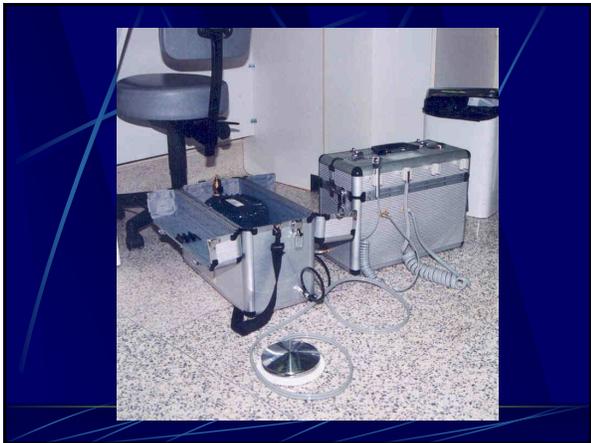
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

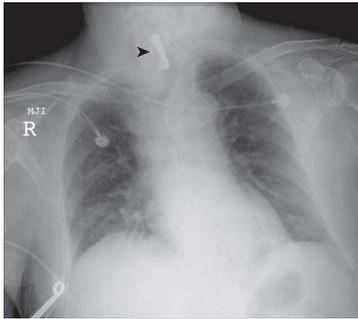
---

---

---

---

Radiograph Showing Aspirated Dental Bridge Lodged in the Cervical Esophagus



Oghalai, J. S. JAMA 2002;288:2543-2544.

Copyright restrictions may apply

JAMA

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

### La déglutition

- apprentissage et action réflexe
- 3 phases
  1. Orale (volontaire et involontaire)
  2. Pharyngienne ( involontaire)
  3. Oesophagienne (involontaire)

---

---

---

---

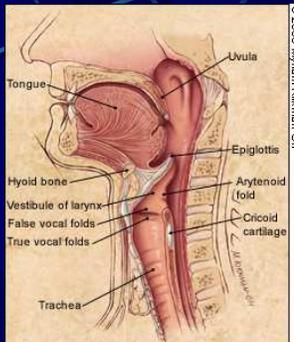
---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition



---

---

---

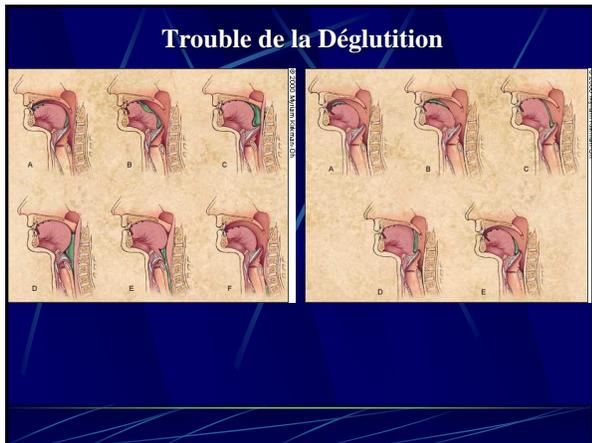
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- ### Trouble de la Déglutition
- #### Conséquences du vieillissement sur la déglutition
- Mauvais état de la dentition et déficience de l'occlusion
  - Seuil de discrimination sensorielle augmenté
  - Baisse de la capacité de percevoir la viscosité
  - Diminution de l'odorat
  - Augmentation du seuil de perception des bourgeons gustatifs
  - Diminution du débit salivaire
  - Baisse du tonus musculaire
  - Péristaltisme pharyngien affecté
  - Ouverture crico-pharyngienne retardée
  - Laxité ligamentaire
  - Hernie hiatale

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Trouble de la Déglutition

#### Prévalence

• Population à domicile de 50 ans et plus (Paterson, 1996)	<b>10%</b>
• Aînés de 85+ ans à domicile (Bloem et al., 1990)	<b>16%</b>
• Aînés hospitalisés pour soins aigus (Lugger, 1994; Mendez et al., 1991)	<b>10%</b>
• Aînés en hébergement de longue durée (Lugger, 1994; Mendez et al., 1991)	<b>30-60%</b>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

**Étiologie**

- **Dysphagie oropharyngée**
  - Accident vasculocérébral
  - Maladie de Parkinson
  - Démence
- **Dysphagie oesophagienne**
  - Oesophagite causée par reflux
  - Problèmes de motilité oesophagienne
  - Tumeurs

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

**Causes communes de dysphagie chez la personne âgée**

- Accident vasculocérébral
  - La plus commune
  - Atteinte bilatérale ↑ l'incidence de trouble de la déglutition
  - Les atteintes de l'hémisphère gauche touchent la phase orale
  - Les atteintes de l'hémisphère droit touchent la phase pharyngée
  - Les atteintes subcorticales affectent la conduction motrice et sensitive du et en provenance du cortex
  - Les atteintes du tronc cérébral (corticobulbaire, noyau des nerfs craniens, centres de la déglutition) éliminent la phase pharyngée
  - Les atteintes multi-zones multiplient les phases de la déglutition et sites atteints (oral, pharynx, larynx)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

**Causes communes de dysphagie chez la personne âgée**

**Maladie de Parkinson**

- Muscles oraux et linguaux affectés entravant la préparation du bolus alimentaire et son transfert à travers le pharynx
- Réduction de la sensibilité oropharyngienne
- La toux volontaire diminuée
- Augmentation des aspirations silencieuses
- La sévérité des symptômes ↑ avec la progression de la maladie

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Trouble de la Déglutition**

**Causes communes de dysphagie chez la personne âgée**

Maladie d'Alzheimer

- ↑ du temps du transit oral
- ↑ de la durée de la réponse pharyngienne
- ↑ de la durée de déglutition totale
- La sévérité des symptômes est associée au temps depuis le début de la maladie et de la dépendance à la nutrition

---

---

---

---

---

---

---

---

**Trouble de la Déglutition**

**Causes communes de dysphagie chez la personne âgée**

Médications

- Souvent sous-évaluée, facile à traiter, résulte des effets secondaires
- Les sédatifs affectent le tronc cérébral
- Les neuroleptiques peuvent causer la dyskinésie tardive qui peut provoquer des troubles de la déglutition
- Les antidépresseurs tricycliques, les antihistaminiques et les agents anticholinergiques diminuent la production de salive
- Certains antibiotiques (néomycine, streptomycine, tetracycline) affectent la transmission neuromusculaire résultant en une faiblesse musculaire pharyngée
- La colchicine, les stéroïdes, les agents abaissant le cholestérol provoquent une toxicité myopathique des muscles pharyngiens

---

---

---

---

---

---

---

---

**Trouble de la Déglutition**

**Examen de la fonction laryngée**

1. La qualité de la voix
2. Le temps d'expression vocale
3. La puissance de la voix
4. La force de la toux volontaire
5. La capacité d'évacuation de la gorge

---

---

---

---

---

---

---

---

**Trouble de la Déglutition**

**Examen de la sensibilité orale**

1. Réflexe du palais
2. Réflexe de vomissement
3. Touché léger des autres structures orales

---

---

---

---

---

---

---

---

**Trouble de la Déglutition**

**Conséquences**

Mortalité

- 62% sur 1 an des personnes ayant été jugées inaptes au test Vidéofluoroscopique (Cohen et al., 1997)
- 9.2 fois plus de risque de mort chez ceux qui aspirent des liquides épaissis ou de la nourriture solide (Schmidt et al., 1994)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Trouble de la Déglutition**

**Conséquences**

Aspiration

- Les personnes âgées sans haut risque d'infection pulmonaire  
**Excès de mortalité de 9/100,000**
- Les personnes âgées avec un haut risque d'infection pulmonaire (malnutrition)  
**Excès de mortalité de 217/100,000**
- Les personnes âgées avec deux hauts risques d'infection pulmonaire (malnutrition et aspiration)  
**Excès de mortalité de 979/100,000**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

**Symptômes d'aspiration**

- La toux
- Signes d'étouffements
- Fièvre intermittente (aspiration silencieuse)

**Facteurs associés**

- Diminution de la conscience
- Immobilité
- Tube de gavage installé
- Tube endotrachéal ou la ventilation
- L'accident vasculocérébrale
- Sensibilité pharyngienne réduite
- Toux volontaire anormale

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

**Conséquences**

**Pneumonie**

- Liée à l'aspiration
- 6.95 plus de risques de pneumonie chez les personnes ayant eu un AVC et qui aspire

**Facteurs de risque:**

- Gros volume d'aspiration
- Basse concentration sanguine d'albumine (<30 mg/dl)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

**Conséquences**

**Malnutrition**

- Le trouble de la déglutition  $\rightleftarrows$  Malnutrition
- Le rôle des fibres musculaires de type II
  - Diaphragme
  - Les muscles de la déglutition

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trouble de la Déglutition

### Conséquences

#### Autres

- Déshydratation
- ↓ mobilité
- Hospitalisation plus longue
- Plus de soins lors de longue durée

---

---

---

---

---

---

---

---

### Dysphagie:

En cas d'impossibilité de transfert sur le fauteuil dentaire, poser une tête sur sa chaise roulante.



---

---

---

---

---

---

---

---

### Dysphagie:



---

---

---

---

---

---

---

---

### Dysphagie:

- Les dentifrices sans agent moussant ou les gels fluorurés sont à privilégier chez cette patiente
- Les rince-bouches sont contre-indiqués puisqu'ils font souvent fausse route en raison de leur texture liquide.

---

---

---

---

---

---

---

---

### *Staphylococcus aureus* résistant à la Méthicilline(SARM)



---

---

---

---

---

---

---

---

### INTRODUCTION

- Le *Staphylococcus aureus* est une bactérie gram positif que l'on trouve naturellement chez environ 30 % à 50 % de la population sur la peau et dans les narines de personnes en santé.
- Les résultats d'une étude réalisée en 2008 indiquaient que 47.6 % des professionnels de la santé était colonisé par *S. aureus*, dont 4.1 % étaient des souches résistantes à la méthicilline.

---

---

---

---

---

---

---

---

## INTRODUCTION

- Ce microorganisme colonise majoritairement le nez, la gorge, la peau, le rectum et le périnée.
- Des données plus récentes démontrent qu'il se retrouve aussi dans le poumons dans la bouche et la salive (Guimond, 2006; Palenik et al., 2006).

---

---

---

---

---

---

---

---

## INTRODUCTION

- Au début des années 1980: première éclosion d'infection à SARM au Canada
- Les souches de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline (SARM) sont responsables d'environ 30 % des infections nosocomiales
- Les infections nosocomiales constituent la quatrième cause de décès en Amérique du Nord, après les maladies cardiaques, le cancer et les accidents vasculaires cérébraux.

---

---

---

---

---

---

---

---

## I. SARM HOSPITALIER (SARM-H)

- Les infections au SARM-H surviennent chez les gens se trouvant dans un hôpital ou dans un autre type d'établissements de soins
- Les personnes ayant des systèmes immunitaires affaiblis et souffrant de maladies chroniques sont plus sensibles à l'infection.
- Le SARM-H se propage facilement dans des établissements de soins de santé.

---

---

---

---

---

---

---

---

## I. SARM HOSPITALIER (SARM-H)

- On dit que le patient est **porteur** ou **colonisé** s'il y a présence de la bactérie sans aucun signe d'infection
- Le patient est **infecté** s'il y a présence de signes d'infection (ex. : plaie avec rougeur au pourtour, écoulement de pus).

---

---

---

---

---

---

---

---

## II. SARM COMMUNAUTAIRE (SARM-C)

- C'est une souche de SARM sans lien apparent avec les milieux de soins
- A la fin des années 90, le SARM-C apparaît aux États-Unis et l'ouest canadien.
- Depuis 4 ans, le SARM-C a fait son entrée au Québec

---

---

---

---

---

---

---

---

## II. SARM COMMUNAUTAIRE (SARM-C)

- Le SARM-C se distingue par l'absence des facteurs de risque habituels du SARM acquis en milieu de soins (SARM-H).
- Le SARM-C peut causer le décès de la personne infectée
- Ces présentations cliniques graves peuvent survenir chez des personnes habituellement en bonne santé

---

---

---

---

---

---

---

---

### III. MICROBIOLOGIE:

- SARM-C est sensible à la clindamycine , mais résistant à l'érythromycine
- SARM-H est toujours résistant à la clindamycine
- SARM-C se caractérise par un niveau de résistance plus bas à la méthicilline et une résistance accrue à la Kanamycine, aux tétracyclines et à l'acide fusidique.

---

---

---

---

---

---

---

---

### IV. SARM ET LA CAVITÉ BUCCALE

- Étude de Hall (2003) rapporte la colonisation de la bouche par le SARM chez diverses population:
  - 1.6 % à 2 % d'enfants en bonne santé ont présenté une contamination par le SARM au niveau de la langue;
  - 10 % des adultes en santé porteurs de prothèses sont contaminés par le SARM.

---

---

---

---

---

---

---

---

### IV. SARM ET LA CAVITÉ BUCCALE

- Étude de Baena-Monroy et al. (2005) rapporte:
  - Une association entre *S. aureus* et *C. albicans* chez 42.8 % des sujets dont 18.1 % sont porteurs de prothèses;
  - Une association entre *S. aureus* et la présence de stomatite orale chez 84 % des sujets dont 49.5 % sont porteurs de prothèses.

---

---

---

---

---

---

---

---

#### IV. SARM ET LA CAVITÉ BUCCALE

- Étude de Carvalho et al. (2009) rapporte:
- 47.6 % des professionnels de la santé ont fourni un échantillon de salive positif au *S. aureus*.
- 4.1 % contenaient du SARM
- Le personnel provenant du département de chirurgie était le plus colonisé par la bactérie (19.1 %).
- Les souches isolées dans la salive des travailleurs testés avaient un taux élevé de résistance à l'érythromicine (92.9 %)

---

---

---

---

---

---

---

---

#### IV. SARM ET LA CAVITÉ BUCCALE

Étude de Smith *et al.* (2003) rapporte que sur 28 patients admis à l'unité des grands brûlés ont fourni un échantillon de *S. aureus* au niveau de la gorge, nez, plaies, plaque dentaire et cavité buccale:

- 5 de ces patients n'avaient aucune histoire de SARM et étaient porteurs de SARM dans la cavité buccale dont:
  - 1 patient présentait seulement le SARM au niveau de la bouche;
  - 3 patients étaient colonisés au niveau de la bouche et des plaies;
  - 1 patient était contaminé au niveau de tous les sites prélevés.

---

---

---

---

---

---

---

---

#### IV. SARM ET LA CAVITÉ BUCCALE

Étude de Owen (1994) rapporte que sur 107 sujets âgés en moyenne de 70.1 ans institutionnalisés, 18.7 % ont fourni un échantillon buccal contenant du SARM.

Étude de Klevens *et al.* (2008) rapporte que le SARM est davantage observé dans la bouche des patients âgés de plus de 70 ans.

---

---

---

---

---

---

---

---

### V. LES FACTEURS CONTRIBUANT À LA COLONISATION DU SARM DANS LA CAVITÉ BUCCALE

- La baisse du pH intra-oral
- Les maladies systémiques (diabète, hypertension artérielle, arthrite rhumatoïde)
- Les médicaments (antibiothérapie à long terme, thérapie hormonale, antidépresseurs et hypoglycémifiants)
- La présence de stomatite prothétique et de chéilite angulaire

---

---

---

---

---

---

---

---

### VI. PRÉSENTATION CLINIQUE DU SARM

C'est des infections de la peau et des tissus mous:

- Furonculos



---

---

---

---

---

---

---

---

### VI. PRÉSENTATION CLINIQUE DU SARM

- Cellulite



---

---

---

---

---

---

---

---

VI. PRÉSENTATION CLINIQUE DU SARM

- Impétigo



---

---

---

---

---

---

---

---

VI. PRÉSENTATION CLINIQUE DU SARM

- Abscess



---

---

---

---

---

---

---

---

VI. PRÉSENTATION CLINIQUE DU SARM

On rapporte des cas de maladies graves:

- Purpura fulminans



Des taches rouges violacées

Les taches de pupura ont tendance à s'étendre rapidement

---

---

---

---

---

---

---

---

## VI. PRÉSENTATION CLINIQUE DU SARM

- Fasciite nécrosante



Fasciite nécrosante du coude

---

---

---

---

---

---

---

---

## VI. PRÉSENTATION CLINIQUE DU SARM

- Pneumonie nécrosante (PVL)
- Septicémie
- Choc toxique

---

---

---

---

---

---

---

---

## VII. TRAITEMENT SARM-H

- Vancomycine: ATB approprié pour traiter les patients SARM
- Linézolide (Zyvoxam): agit contre les G+ résistant à la méthicilline et à la Vancomycine

---

---

---

---

---

---

---

---

## VII. TRAITEMENT SARM-C

- La cloxacilline et les céphalosporines de première génération (céphalexine, céfabroxil) demeurent les premiers choix pour le traitement oral empirique en médecine de première ligne chez les patients non allergiques aux  $\beta$ lactamines.
- Un diagnostic précoce permet également de prendre les mesures appropriées pour limiter la propagation de l'infection.

---

---

---

---

---

---

---

---

## VIII . TRANSMISSION



- Contact indirect: avec un objet qui a entré en contact avec des lésions ou une surface contaminée
- Contact direct: personne infectée et personne non infectée

En tout temps, entre 20 et 30 % de la population transporte des bactéries à staphylocoques sur les mains ou dans le nez, mais n'est pas malade.

L'étude de Owen (1994) a effectivement démontré que la bactérie peut survivre jusqu'à 3 heures sur les mains contaminées.

En centre d'hébergement et de soins de longue durée la transmission du SARM s'effectue principalement par le personnel soignant.

Le risque de transmission de la bactérie augmente si les personnes en contact sont plus âgées et/ou doivent prodiguer des soins au porteur du SARM.

---

---

---

---

---

---

---

---

## VIII . TRANSMISSION



- Certaines de ces bactéries peuvent être des SARM, tandis que d'autres ne sont pas résistantes aux antibiotiques.

- Vous pouvez être porteur du SARM sans être malade, mais vous pouvez quand même le propager à d'autres qui peuvent tomber malades.

---

---

---

---

---

---

---

---

## IX. CONDUITE A TENIR

Développer un programme préventif:

1. Instaurer une procédure de rince-bouche antiseptique avant les soins d'hygiène buccale à base de chlorhexidine 0.12 % en variant avec un rince-bouche à base de cétylpyridinium pour éviter les effets secondaires
2. Désinfecter la prothèse dentaire avec NaOCl à une concentration de 2 % (efficace en 1 minute et évite corrosion)
3. Désinfecter de la brosse à dents, la brosse à prothèses dentaires et le contenant à prothèses

---

---

---

---

---

---

---

---

## SARM: Précaution contact

- Hygiène des mains
- Porter les gants lors de l'entrée dans la salle
- Porter un masque (lors de contact de moins d'un mètre) vue le risque de contamination par des gouttelettes ou Aérosols
- Porter les lunettes de protection
- Porter une blouse propre à manches longues
- Désinfecter les prothèses : chlorure de céthylpyridinium

---

---

---

---

---

---

---

---

## SARM: Précaution contact

Avant de quitter la salle:

- Enlever la blouse et faire en sorte que les vêtements ne soient pas contaminés.
- retirer les gants
- Laver les mains immédiatement après avoir enlevé les gants avec de l'eau et du savon antiseptique
- S'assurer que les mains ne touchent pas de surfaces contaminés dans la salle

---

---

---

---

---

---

---

---

### SARM: Précaution contact

- Nettoyer et désinfecter adéquatement la salle et le matériel utilisé.
- Pour la désinfection des surfaces contaminées, produire une action de friction avec lingettes humides
- Le SARM peut vivre jusqu'à 6 semaines sur les surfaces.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Conclusions

- Plus l'individu est affecté par une maladie débilissante plus le traitement choisi devra être simple, court, facile à administrer et à recevoir
- Il faut optimiser la fonction masticatoire de nos patients vieillissants en tenant compte de l'état physique et mental du patient
- Une bonne hygiène buccodentaire est essentielle à une qualité de vie acceptable pour toute personne

---

---

---

---

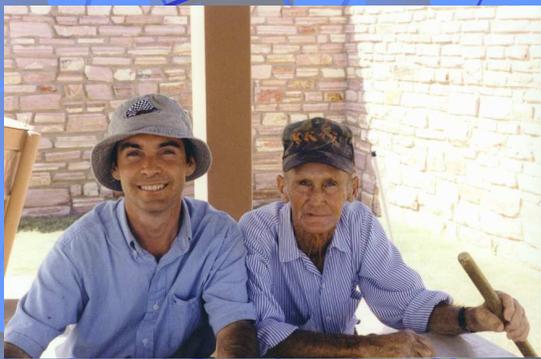
---

---

---

---

MERCI DE VOTRE ATTENTION !



---

---

---

---

---

---

---

---