

Protocoles de Soins Bucco-Dentaires chez les Patients Présentant un Handicap

Ce guide s'adresse aux professionnels du besoin spécifique en rapport avec la santé bucco-dentaire. Mais il s'adresse aussi aux patients et à leur l'entourage. Il fait le point sur la santé bucco-dentaire des patients à besoins spécifiques, en particuliers les soins quotidiens et professionnels.

[Soins bucco-dentaire et patient autiste](#)

[Santé générale et patient autiste](#)

[Communication et aptitudes mentales](#)

[Troubles du comportement](#)

[Les troubles de la perception](#)

[Les mouvements incontrôlables](#)

[L'épilepsie](#)

[Santé dentaire et patient autiste](#)

[Soins bucco-dentaires et patients IMC](#)

[Santé générale et patient IMC](#)

[Mouvements corporels incontrôlés](#)

[Les troubles neuromusculaires](#)

[Santé Bucco-dentaire et patient IMC](#)

[Les parodontopathies](#)

[L'halitose](#)

[La carie dentaire](#)

[Les malocclusions](#)

[Le bruxisme](#)

[Les traumatismes dentaires](#)

[Soins bucco-dentaires et trisomie 21](#)

[Retard mental](#)

[Gestion comportementale](#)

[Troubles cardiaques :](#)

[Système immunitaire affaibli](#)

[Hypotonie](#)

[Crises d'épilepsie](#)

[Diminution de l'acuité auditive et surdité](#)

[D ficiency visuelle](#)

[La maladie parodontale](#)

[Les caries dentaires](#)

[Les caractéristiques faciales](#)

[Les malocclusions](#)

[Les anomalies dentaires](#)

[Les traumatismes](#)

[Soins bucco-dentaires et retard mental](#)

[Prise en charge du retard mental](#)
[Prise en charge comportementale](#)
[Installation et déplacement du patient](#)
[Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale](#)
[Les troubles cardio-vasculaires](#)
[Epilepsie](#)
[Les maladies parodontales](#)
[Les caries dentaires](#)
[Malocclusion](#)
[Habitudes orales néfastes](#)

[Contributions](#)

Pourquoi ce document ?

WOOD a proposé de définir le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne, en l'analysant selon 3 plans :

- la déficience
- l'incapacité
- le désavantage

La

Maladie → déficience → incapacité → désavantage

- les maladies : (au sens large, y compris les accidents, les traumatismes moraux ou physiques) sont à l'origine de la chaîne. Elles relèvent du diagnostic et des traitements médicaux.
 - les déficiences : il s'agit de la " perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique". Elles résultent en général d'une maladie ou d'un traumatisme. Une notion voisine plus couramment utilisée est celle d'invalidité.
 - les incapacités : "Ce sont les difficultés ou impossibilités de réaliser les actes élémentaires (physiques comme se tenir debout, se lever), ...psychiques comme mémoriser...) ou plus complexes (s'habiller, téléphoner...). Elles peuvent être permanentes ou temporaires, réversibles ou non, progressives, stables ou régressives. Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences.
 - les désavantages : ils désignent les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer ou que la société attend d'elle. Ils résultent de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences ou d'incapacités et l'environnement. Leur importance est étroitement liée à la qualité de l'environnement qui peut soit le minimiser soit l'amplifier.
-
- UN EXEMPLE
 - Une personne en fauteuil roulant pourra ne pas être désavantagée dans le domaine de l'emploi si les transports pour se rendre à son lieu de travail sont accessibles sans difficulté et si les modalités de son poste de travail (aménagement...) ne comportent pas d'obstacle particulier.
 - D'autre part, une personne ne souffrant d'aucun problème de mobilité ne souffrira pas de désavantage, même si les transports sont mal adaptés...
 - Le désavantage dans un domaine (l'emploi) est donc la résultante d'une situation personnelle (la paralysie des membres inférieurs) et de conditions environnementales (aménagements des transports et des postes de travail).

- Les travaux de Philip Wood constituent la base de la Classification Internationale des Handicaps (CIH), élaborée à l'initiative de l'OMS et adoptée en France en 1988 comme référence des nomenclatures statistiques sur le handicap.

L'objectif de ce document est
par la rédaction de .

Ces protocoles simplifiés sont destinés à améliorer les connaissances dans les domaines suivants :

- 1) la connaissance des de chaque grande catégorie de handicap ;
- 2) la connaissance des de chaque grande catégorie de handicap ;
- 3) des orientations pour améliorer la ;
- 4) un guide de prise en charge bucco-dentaire quotidienne destiné aux aidants et parents (document séparé) ;
- 5) un carnet de suivi bucco-dentaire (document séparé).

Le premier chapitre est une synthèse des problèmes de santé générale et dentaire fréquemment rencontrés dans le handicap et les stratégies de prise en charge.

Les chapitres suivants correspondent à une pathologie ou à un groupe de pathologies relativement homogènes. Ils reprennent ensuite les éléments spécifiques du premier chapitre, ils sont donc indépendants les uns des autres et peuvent donc être lus séparément.

Orientation du patient en fonction de la coopération

Critères de choix dans l'utilisation des différentes méthodes de sédation basé sur le score de comportement de VENHAM modifié

L'orientation est basée sur le comportement du patient lors de la consultation initiale et réévaluée à la suite. L'examen est délivré avec les explications habituelles délivrées à un patient supposé anxieux et en des termes qu'il peut comprendre.

0	Coopération totale du patient ou absence de réticence	Situation de soin conventionnelle ne nécessitant pas de sédation particulière
1	Protestations mineures pour signaler un inconfort sans gêner l'examen	Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale (par exemple: dire-montrer-faire)
2	Protestations plus marquées et mouvements de tête rendant l'examen difficile. Le patient continue à céder aux demandes de l'examineur	Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale et sédative de base
3	Protestations très problématiques pour l'évaluateur. Le patient a cédé aux demandes de l'examineur avec difficultés	Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale et sédative par MEOPA
4	Protestations ayant interrompu l'examen. L'examen a pu être réalisé avec beaucoup d'efforts mais sans trop de contraintes physiques (les mains sont tenues en début de séance par exemple)	Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale et sédative par MEOPA et Midazolam
5	Protestations générales du patient sans se soumettre ni coopérer. Une contrainte physique importante aurait été nécessaire à la poursuite de l'examen.	Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge sous Anesthésie Générale

Le choix de la technique de sédation doit être modulé en fonction de l'éloignement, de l'urgence et de l'importance quantitative et qualitative des soins à réaliser.

(Résumé d'article)

Marshall J, Sheller B, Williams BJ, Mancl L, Cowan C - cooperative predictors for dental patient with autism - Ped Dent V29, n°5 sept oct 07, p369-376

Les conclusions de cet article identifient 5 facteurs de risque coopératif chez les patients atteints de troubles du spectre autistique:

	Critère	Score
1	Age 4 à 7 ans	1
	Age > 7 ans	0
2	L'enfant ne sait pas lire	1

	L'enfant sait lire	0
3	Pas de contrôle ou contrôle partiel des sphincters	1
	Contrôle des sphincters	0
4	Diagnostic associé (retard mental, physique, ...)	1
	Pas de diagnostic associé	0
5	Langage non verbal ou écholalie	1
	Langage normal ou sub-normal	0

Association entre les facteurs de risques et le comportement non coopérant		
Nb de facteurs de risques	Nb de patients	Comportement non coopérant
0	7	14%
1	20	40%
2	15	60%
3	21	76%
4	18	83%
5	6	100%

Soins bucco-dentaires et patient à besoin spécifique

Avant le premier rendez-vous il est important d'obtenir :

- passé médical (réfèrent et correspondants médicaux) ;
- le consentement éclairé par la personne habilitée.

Les capacités mentales

Elles vont influencer la compréhension des explications et le suivi à la maison. Les moyens de contourner ces problèmes peuvent être difficiles à trouver, voire impossible, mais le patient doit toujours être traité avec respect.

- Discuter avec les accompagnants pour évaluer l'impact des soins et de sur la santé orale ;
- Trouver des solutions adaptées avec le patient ;
- Respecter le patient.

Les troubles du comportement

La peur est une réaction de fuite face à une situation perçue comme menaçante. En matière de soins dentaires, elle résulte de :

- La peur de la douleur ou son anticipation avec l'exemple classique de l'« apprentissage par procuration » (angoisse des parents reportée sur les enfants).
- Le manque de confiance ou la peur de la trahison : importance de valoriser le comportement du patient.
- La peur de l'inconnu (le praticien, la situation).
- La peur de la perte de contrôle dans le déroulement du soin.
- La peur de l'intrusion dans la cavité buccale.

L'anxiété est un processus à plus long terme, une peur non résolue. Elle est le résultat d'un passé médical, dentaire et familial du patient que nous ne pouvons pas maîtriser.

Pour contrôler au mieux peur et anxiété, le praticien doit s'attacher à :

1) Réduire l'incertitude

- donner des informations, expliquer ce qui va être fait : « dire ce qui va être fait, le montrer, et le faire » (technique du « tell, show, do ») ;
- ne pas dire qu'il ne sentira rien, utiliser des mots comme serrer, pincer (montrer sur la main) en précisant que ça ne durera pas longtemps ou, mieux, en lui donnant une limite de temps (« je compte jusqu'à 10 et je m'arrête ») ;
- ne pas dire piqûre, mal, aiguille (sauf si le patient l'utilise) ;
- parler en se plaçant à hauteur de ses yeux et utiliser un langage qu'il peut comprendre ;
- des séances de désensibilisation peuvent être nécessaires : mettre en contact le patient avec le cabinet dentaire en dehors du contexte de soin, montrer des photos, des films du déroulement des soins ;
- autoriser les doudous, la musique ou un accompagnant à s'asseoir avec le patient sur le fauteuil.

2) Permettre au patient d'exercer un contrôle sur le déroulement des soins

- lui permettre de tenir l'aspirateur ;
- s'arrêter lorsqu'il lève la main (convention entre dentiste et patient), en sachant qu'il va tester ce contrôle au début. Il faut alors lui indiquer qu'une gêne ne doit pas lui faire lever la main.

- Avoir une écoute attentive (mais pas « copain »), interagir avec le patient ;
- S'attacher à ce que le patient ne confonde pas empathie (comprendre la souffrance et l'angoisse) et sympathie (réaction de faiblesse du praticien = souffrir avec).

3) Lui permettre d'exprimer douleur ou inquiétude

Accepter les comportements liés à son âge (pleurs des petits). Les demandes non réalistes ("arrête de pleurer !!!") accroissent le stress.

4) Valoriser son comportement durant le soin

Les compliments sont un renforcement positif, même si il faut parfois être imaginatif pour trouver un aspect positif !

5) Distraire son attention durant le soin

Par une parole douce, calme et continue. Chez le jeune enfant, le discours n'a pas besoin d'être cohérent et réaliste. Il peut faire référence au soin en cours ("j'enlève les petites bêtes dans ta dent, hop ! J'ai attrapé une patte ! Tiens, regarde"). Les mots choisis pour expliquer sont simples et font appel à l'imaginaire non violent de l'enfant.

Le message transmis doit cependant rester au plus près de ce que va ressentir l'enfant, pour qu'il ne soit pas surpris par un évènement inattendu. La turbine devient un avion, le contre-angle un hélicoptère, l'anesthésie de contact de la confiture, le porte-carpule une baguette magique etc.

L'utilisation de rituels ludiques (bulles,...) peut apporter une distraction significative

Les troubles de la mobilité

- Se renseigner sur les impératifs de posture et les mouvements incontrôlés pour positionner le patient et les instruments de soins ;
- Si un transfert d'un fauteuil roulant au fauteuil dentaire est nécessaire, demander au patient ou à l'accompagnant les conditions facilitant ce transfert et la posture (coussin, ...)
- Certains patients ne sont pas transférables et doivent être traités dans leur fauteuil. Il peut parfois se récliner pour faciliter l'accès à la bouche.

Les troubles neuromusculaires

- : il est souvent en lien avec l'anxiété, il faut donc toujours associer une prise en charge comportementale (Les troubles du comportement page) et parfois sédatif. Préférer un rendez-vous le matin, avant le petit déjeuner. Certaines prescriptions peuvent améliorer le réflexe nauséeux.
- (fausse route) : adopter une position de traitement la plus verticale possible.

Mouvements corporels incontrôlés

Ces mouvements peuvent pénaliser le déroulement des soins. Ils sont souvent reproduits à l'identique par le patient et sont donc connus par l'entourage. Il faut porter une attention particulière aux points suivants

- Environnement de soin calme et rassurant. Placer, dans la mesure du possible, les instruments, units dentaires et scialytiques hors de portée.
- Permettre au patient d'adopter une position confortable, au besoin dans sa propre chaise, dans la limite des soins réalisables.

Maladies cardiaques

Elles peuvent affecter la délivrance habituelle des soins. Une prophylaxie anti-oslérienne peut être indiquée (cf. les recommandation des sociétés scientifiques).

Reflux gastro-oesophagien

Un reflux gastro-œsophagien (RGO) se retrouve fréquemment lors d'affection du système nerveux central comme dans les insuffisances motrices d'origine cérébrale (IMOC). Les dents peuvent présenter des sensibilités ainsi que des érosions, en particulier dans le secteur postérieur.

- Placer le patient dans une position légèrement relevée ;
- Indiquer, lorsque c'est possible, 4 rinçages quotidiens avec de l'eau ou des solutions fluorées ;

Epilepsie

L'épilepsie est fréquemment rencontrée dans les troubles du développement. La bouche est une zone à risque lors d'une crise majeure : les patients peuvent se fracturer les dents ou se mordre les lèvres et les joues. Les patients présentant une épilepsie contrôlée peuvent facilement être traités en cabinet dentaire.

- Evaluer la fréquence et l'importance des crises ainsi que les traitements de fond et des crises (auprès du médecin traitant si les accompagnants sont peu informés) ;
- Connaître et éviter les facteurs déclenchants de crise ;
- Si une crise survient lors des soins interrompre toute procédure en cours. Aucun instrument ne doit être inséré dans la bouche lors d'une crise. Si la digue est utilisée, le clamp doit être attaché à un fil dentaire pour être retirée rapidement ;
- Placer le patient sur le côté (dite position latérale de sécurité).

Déficit visuel et cécité

- Déterminer le niveau d'assistance requis par le patient, en particulier pour se déplacer autour du fauteuil dentaire ;
- Utiliser les autres sens du patient, en particulier le toucher, pour communiquer avec lui et établir la confiance ;
- Parler en face du patient et le tenir au courant des étapes suivantes. Utiliser un langage descriptif pour expliquer les procédures et les sensations (vibrations, bruits, ...).

Déficit auditif et surdité

- Les instruments rotatifs peuvent interférer avec les aides auditives ;
- Si le patient lit sur les lèvres, enlever le masque puis parler au rythme et niveau sonore habituel ;
- Si il utilise le langage des signes, demander la présence d'un interprète qui pourra exprimer les besoins du patient ;
- Maintenir le contact visuel. Avant de parler éliminer les bruits parasites.

Allergies ou sensibilités au latex

Les allergies au latex sont fréquentes chez les patients ayant eu de fréquentes interventions chirurgicales.

- Les rendez vous doivent se situer de préférence en début de journée, moment où les allergènes sont moins nombreux dans l'air ;
- Utiliser des gants et du matériel sans latex ;
- Kit d'urgence.

Les patients en situation de handicap présentent plus de problèmes bucco-dentaires que la population ordinaire. Comprendre le problème spécifique de chaque patient est le premier pas d'une meilleure santé bucco-dentaire.

Les caries dentaires

Les caries dentaires sont fréquentes chez le patient en situation de handicap en raison des problèmes associés de régime alimentaire, de motricité (difficulté dans les mouvements de l'hygiène orale) et de certains médicaments (sucre, sialoprides, ...).

- Recommander les procédures de prévention : fluoruration topique, scellement des sillons ;
- Avertir les patients et les accompagnants sur les médicaments sucrés ou réduisant la sécrétion salivaire : préférer les médicaments non-cariogènes lorsque c'est possible, ou se rincer à l'eau après leur prise.
- Conseiller aux aidants d'offrir des alternatives à l'alimentation et aux boissons cariogéniques (au besoin par des récompenses) ;
- Faire attention aux biberons nocturnes: en dehors de l'eau claire, pratiquement toutes les boissons ont un pouvoir cariogénique ;
- Encourager l'indépendance dans l'hygiène orale quotidienne. Demander aux patients de montrer comment ils se brossent les dents et donner des recommandations individuelles. Faire une démonstration sur le patient ;
- Si nécessaire adapter le manche de la brosse à dent pour améliorer la prise en main. Par exemple utiliser une balle de tennis, une poignée de vélo ;
- Utiliser le fil de soie dentaire avec un porte fil ;
- Certains patients ne peuvent pas être autonomes dans l'hygiène bucco-dentaire. Montrer aux aidants comment procéder en gardant à l'esprit qu'ils n'ont parfois aucune connaissance de base sur l'hygiène dentaire. Leur apprendre à positionner le patient à se placer autour. Montrer l'importance d'utiliser une technique répétitive « toujours de la même manière, au même endroit, au même moment ».

Parodontopathie

Les maladies parodontales surviennent plus souvent et plus jeune chez la personne handicapée. Les facteurs favorisants sont une hygiène buccale déficiente, habitudes orales délétères, un retard mental ou un handicap physique. L'hyperplasie gingivale provoquée par certains anti-épileptiques, anti-hypertenseurs et immunosuppresseurs augmente le risque parodontal.

- Utiliser chez les patients à risque des bains de bouche à la chlorhexidine lorsque c'est possible ;
- Encourager l'hygiène dentaire.

Les malocclusions

Elles sont fréquentes chez les personnes atteintes de trouble du développement. Elles pourraient être associées à des anomalies de la musculature masticatrice et faciale, des troubles de l'éruption dentaire, un sous-développement du maxillaire et des habitudes orales néfastes comme le bruxisme ou la succion linguale. Les malocclusions peuvent rendre la mastication et l'élocution difficiles, et augmenter le risque de traumatisme, de maladie parodontale et carieuse. Si les traitements orthodontiques ne sont pas toujours réalisables selon les critères habituels, il existe parfois des solutions de compromis permettant d'améliorer la déformation et son pronostic. La capacité à maintenir une bonne santé et hygiène orale est un élément important dans la décision orthodontique.

Les habitudes orales néfastes

Les plus fréquentes sont le bruxisme, la rétention alimentaire, la ventilation orale, la succion linguale ou digitale et les dyskinésies bucco-faciales. On retrouve aussi parfois des auto-mutilations comme des morsures labiales ou jugales. Dans ce dernier cas, un protège dent peut être réalisé si il est toléré.

Les malformations orales

Une ligne labiale haute avec découverture gingival est une condition favorisant caries et gingivites par assèchement. Les dents peuvent aussi être affectées avec des troubles de formation de l'émail, de la dentine et des anomalies de forme, nombre ou taille. Enfin, asymétrie

faciale et hypoplasie de la face moyenne peuvent aussi se retrouver. Ces informations doivent être données aux patients et aidants afin d'adapter l'hygiène orale.

L'éruption dentaire

Elle peut être retardée chez l'enfant handicapé. Les séquences d'éruption ne sont pas toujours respectées ni symétriques.

Traumatisme

- Ils surviennent fréquemment, en particuliers chez les patients épileptiques et IMOC. Il faut informer les aidants que les traumatismes doivent être pris en charge rapidement.
- Ils sont favorisés par les malpositions dentaires, en particulier une pro-alvéolie maxillaire.

Les patients porteurs de prothèses amovibles

- Conseils aux patients et accompagnants sur l'hygiène quotidienne et l'entretien des prothèses ;
- Demander aux accompagnants de surveiller l'apparition de blessures buccales car certains médicaments et certaines déficiences peuvent empêcher le patient de manifester ces problèmes.

Soins bucco-dentaire et patient autiste

La réalisation de soins dentaires chez les patients porteurs d'autisme demande une adaptation des compétences que l'on utilise au quotidien. Ainsi, la plupart des personnes atteintes de formes légères ou modérées d'autisme peuvent être traitées avec succès au sein d'un cabinet libéral conventionnel.

L'autisme regroupe des pathologies comportementales de sévérités variables qui apparaissent généralement dès les premières années de vie. Ces « Troubles Envahissant du Développement » associent au moins trois manifestations cliniques : des problèmes de **communication** verbale et non verbale, des **comportements** répétitifs et stéréotypés, des déficiences dans les **interactions sociales**.

L'autisme varie beaucoup dans les syndromes et la sévérité d'atteinte. Les routines obsessionnelles, les mouvements imprévisibles, ou les comportements automutilatoires sont autant de symptômes qui viennent compliquer les soins dentaires.

Avant toute rencontre, il faut connaître l'histoire médicale du patient et ses particularités (grâce à une rencontre préalable avec la famille et/ou les soignants), savoir qui donnera le consentement éclairé pour les soins.

Communication et aptitudes mentales

Les problèmes de **communication** et **l'aptitude mentale** du patient sont des problèmes centraux pour le traitement des patients atteints d'autisme :

- il faut s'adapter au degré de compréhension du patient, suivant les conseils de l'entourage. Le mode de communication visuel par des images ou pictogrammes est fréquemment utilisé.
- chez les patients qui verbalisent peu, utiliser un langage simple et littéral.
- utiliser l'approche du « tell-show-feel-do » pour gagner la confiance et la coopération du patient. Prendre le temps d'expliquer la procédure et de montrer les instruments.

Troubles du comportement

Les problèmes de **comportements** (hyperactivité, frustration...) peuvent venir compliquer la prise en charge des patients. Et la nature invasive des soins dentaires peut induire des comportements violents, voire automutilatoires (se cogner la tête) dans le but d'éviter la procédure de soin.

- utiliser les techniques de désensibilisation pour que le patient devienne familier du cabinet (à la fois les personnes, l'équipement et les lieux) par une procédure « pas à pas » en plusieurs visites : s'asseoir, ouvrir la bouche, brosser les dents...
- Quand le patient est prêt à bénéficier du traitement, réaliser une consultation courte et positive.
- Récompenser et féliciter après chaque étape de la procédure tout en ignorant les comportements déviants le plus possible. La plupart des accompagnants sont de bon conseil en cas de comportement déviant.
- Faire attention à l'environnement pour éviter les stimuli : pas de lumière dans les yeux, tenir les instruments hors de vue...
- Tenter de gagner la coopération du patient. Son comportement peut être amélioré par la présence d'un animal, d'une musique ou d'un accompagnant qu'il connaît bien.
- si toutes ces techniques échouent, on peut aussi avoir recours à une prémédication sédatrice dans le but d'améliorer le comportement du patient. Cependant les effets sont difficilement prévisibles chez les personnes autistes (consigner toute tentative dans son dossier médical).

Les troubles de la perception

Les **réponses inhabituelles aux stimuli** peuvent interrompre le traitement. En effet les personnes autistes ont besoin de stabilité et se montrent très sensibles aux changements d'environnements. Ils présentent parfois une sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels comme les sons, les couleurs vives et le toucher. Les réactions sont alors variables et imprévisibles : ils peuvent être hypersensibles au bruit mais ne pas réagir face à la douleur.

- toujours utiliser les mêmes procédures (équipes, instruments, heure de rdv) pour rendre le patient le plus familier possible du cabinet.
- Minimiser le nombre de distractions : réduire les bruits et odeurs, accueillir le patient à une heure calme. Une musique douce peut aider à détendre le patient.
- Donner du temps au patient pour qu'il s'habitue à son rythme aux séances de soins.
- Parler avec les soignants pour connaître le degré de tolérance du patient. Il y a de nombreuses variations dans leur acceptation du contact physique.
- Noter toutes ces expériences (positives ou non) dans le dossier du patient.

Les mouvements incontrôlables

Des **mouvements inhabituels et imprévisibles** peuvent entraver la sécurité des soins aussi bien que notre capacité à les prodiguer.

- s'assurer que le chemin jusqu'au fauteuil est libre.
- Observer les mouvements du patient et essayer de les anticiper !

L'épilepsie

Des **crises d'épilepsie** peuvent accompagner le trouble autistique, mais celles-ci sont facilement contrôlées par des médicaments anticonvulsivants. La bouche est toujours une zone « à risque » lors de ces crises car le patient peut se casser une dent, ou se mordre (lèvre, joues). Cependant les patients dont les crises sont contrôlées par des médicaments pourront être traités en cabinet libéral.

- parler avec les accompagnants ou le médecin traitant pour connaître la fréquence des crises, les facteurs déclenchants et les médicaments pour les gérer.
- Être préparé à gérer la crise. Si cela arrive pendant les soins, enlever tous les instruments de la bouche et de l'environnement du patient, rester avec le patient et le mettre en Position Latérale de Sécurité.

Une meilleure compréhension de l'effet de l'autisme sur le comportement de l'individu affecté donne au praticien dentaire l'opportunité de délivrer les soins de manière empathique et adaptée. Gérer un patient autiste est un véritable « **challenge** » pour l'équipe de soins dentaires !

Les patients porteurs d'autisme présentent des conditions de santé orale particulières. Ils sont fréquemment soumis à des traitements médicamenteux et des habitudes orales qui posent problème. Les problèmes majeurs pour prodiguer les soins reposent sur les déficiences comportementales et la non communication.

Les **habitudes orales néfastes** sont répandues, incluant le bruxisme et l'automutilation, ainsi que l'habitude de mettre dans la bouche toute sorte d'objets... si un protège dents peut être toléré, il permet de prévenir ces problèmes.

Au niveau de l'incidence des **caries dentaires**, le risque est augmenté chez ces patients : ils peuvent avoir des préférences alimentaires sélectives (sucré, collant, mou, ...) associées à des habitudes orales néfastes et des difficultés d'hygiène orale quotidienne.

- recommander la prévention++++ (brossage, fluorides, sealents)
- avertir l'entourage à propos des médicaments qui diminuent le flux salivaire et contiennent du sucre, conseiller de boire beaucoup
- proposer des alternatives aux aliments et boissons cariogènes
- encourager l'indépendance pour l'hygiène quotidienne : leur apprendre à se brosser les dents avec des recommandations spécifiques et si besoin prescription d'un matériel adapté pour faciliter les gestes (protocole de brossage...)
- si le patient n'est pas indépendant dans ces gestes de brossage, ou pour passer le fil dentaire, il faut les enseigner aux soignants, en se servant de son expérience pour expliquer les différentes techniques. Insister sur l'importance de la position, des gestes, du temps... (ne pas supposer que c'est un acquis !)

Les **maladies parodontales** sont fréquentes, avec présence de beaucoup de tartre et de plaque :

- certains patients utilisent quotidiennement des bains de bouche comme agent antimicrobien (attention aux risques de mycoses).
- Insister sur l'importance de l'hygiène quotidienne et d'une prophylaxie fréquente et régulière.

Les **traumatismes** et blessures sont dus à des chutes, accidents, ou comportements automutilatoires. Il faut bien insister sur l'importance d'un geste professionnel immédiat. On peut expliquer aux soignants la procédure à suivre lorsqu'une dent est cassée, savoir repérer le fragment... (radio thoracique)

Les **malocclusions** sont fréquentes, avec une forte prévalence d'anomalies de position ou d'encombrement. Ces désordres peuvent parfois être réglés par des traitements simples (plan incliné en résine) selon le degré de compréhension et de coopération du patient.

(NB : On remarque que l'éruption dentaire peut être retardée par une hyperplasie gingivale, elle-même conséquence de la prise de phénytoïne.)

La prise en charge buccodentaire de personnes autistes prend beaucoup de temps, surtout au début ; mais patience et détermination conduisent souvent à des résultats très positifs. En adoptant les stratégies énoncées ici, le chirurgien dentiste peut avoir un impact significatif non seulement sur la santé orale de son patient, mais aussi sur sa qualité de vie.

Les personnes atteintes d'autisme constituent une population à risque en termes de santé buccodentaire. Une prise en charge adaptée à leurs besoins spécifiques est donc nécessaire. Mettons l'accent sur l'importance capitale de la prévention (alimentation, hygiène quotidienne) et sur la réussite de la pédagogie visuelle.

Soins bucco-dentaires et patients IMC

La lésion cérébrale peut apparaître pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou pendant les premières années de la vie mais la prématurité reste une cause importante d'IMOC ;

Les formes cliniques sont très variables en fonction des signes neurologiques, de la topographie de l'atteinte, de la gravité, des signes associés et des modifications pendant la croissance ;

Les formes neurologiques, fonction de la lésion cérébrale, peuvent être

- avec troubles de l'équilibre ;
- avec troubles de la posture ;
- avec mouvements amples, involontaires et incoordonnés ;
- avec déformations ostéo-articulaires et troubles secondaires du tonus musculaire et de la croissance ;

Les formes topographiques sont de trois types : l'hémiplégie, la diplégie et la quadriplégie.

Certains patients ne peuvent pas être transférés sur le fauteuil dentaire, ils doivent être traités dans leur fauteuil ; certaines chaises peuvent être réclinées ;

Avant de transférer le patient de la chaise roulante au fauteuil dentaire demander aux aidants le meilleur moyen de transfert ;

Mouvements corporels incontrôlés

Ces mouvements peuvent pénaliser le déroulement des soins. Ils sont souvent reproduits à l'identique par le patient et sont donc connus par l'entourage. Il faut porter une attention particulière aux points suivants

- Environnement de soin calme et rassurant. Placer, dans la mesure du possible, les instruments, unités dentaires et scialytiques hors de portée.
- Permettre au patient d'adopter une position confortable, au besoin dans sa propre chaise, dans la limite des soins réalisables.
- Exercer une pression douce mais ferme sur les bras ou les jambes du patient s'il commence à trembler.

Les troubles neuromusculaires

: préférer un rendez-vous le matin, avant le petit déjeuner. Certaines prescriptions peuvent améliorer le réflexe nauséeux.

(fausse route) : adopter une position de traitement la plus verticale possible.

Les parodontopathies

Elles sont fréquentes chez les patients IMC. Elles peuvent être liées à :

une hygiène dentaire déficiente en raison d'une diminution des capacités psychomotrices et des fonctions orales.

une susceptibilité aux infections et des défauts de réponse immunitaire.
des malocclusions.

des dysfonctionnements comme le bruxisme ou la respiration buccale.
la prise de médicaments antiépileptiques comme la dépakine.

Si le brossage classique est impossible même avec l'aide d'une tierce personne, un nettoyage des surfaces dentaires peut être réalisé à l'aide d'une compresse ou d'un doigtier de brossage. Ces derniers seront recouverts de dentifrice ou de bain de bouche à usage quotidien ou à base de chlorhexidine pendant le traitement.

Si le patient ne peut pas se rincer, le bain de bouche à la chlorhexidine sera appliqué à l'aide d'une compresse, d'un spray ou de la brosse.

Si l'utilisation des médicaments a créé une hyperplasie gingivale, surveiller l'éruption retardée possible des dents et souligner l'importance de l'hygiène orale quotidienne et des nettoyages professionnels fréquents. Dans certains cas, il faudra poser l'indication d'une chirurgie en association avec un contrôle de plaque satisfaisant.

Maintenance

Elle est d'une très grande importance chez le patient handicapé et permet d'éviter les récurrences ou de contrôler l'évolution de la pathologie.

Il faudra pratiquer :

Des évaluations des mesures d'hygiène mises en place avec l'aide de la famille ou du personnel soignant.

Des motivations à l'hygiène du patient et/ou de l'entourage.

Des détartrages réguliers.

Des irrigations sous gingivales.

L'halitose

Dans 70% des cas l'halitose est **d'origine buccale**. Il est donc important de traiter les caries, de changer les reconstitutions défectueuses, de soigner les parodontopathies et d'éliminer le tartre. Il faut de plus mettre en place une hygiène buccale adaptée et veiller à ce que les patients s'hydratent bien.

Il existe cependant d'autres étiologies qui sont liées à l'état général du patient. Après avoir éliminé toutes les causes dentaires, il faudra alors rechercher :

- un problème gastro-intestinal,
- une rhinite allergique ou chronique,
- une infection sinusale,
- une infection des amygdales,
- une infection pulmonaire,
- une maladie rénale,
- un diabète,
- un cancer,
- une maladie du foie,

La carie dentaire

La carie dentaire est répandue chez les I.M.C principalement en raison de l'hygiène buccale insatisfaisante liée aux troubles moteurs, mais en raison d'autres facteurs de risque comme la respiration buccale, les effets médicamenteux, l'hypoplasie de l'émail et la nourriture mixée.

Conseiller une surveillance de l'alimentation du patient : elle doit être équilibrée et limitée en sucres. Il faut impérativement éviter la consommation des bonbons et des

barres chocolatées, mais il faut aussi faire attention aux sucres cachés contenus dans les yaourts et les boissons sucrés par exemple mais aussi dans certains médicaments.

Pour les tout petits, attention à la carie du biberon : celui ci est donné aux enfants dans la journée pour les faire boire suffisamment ou le soir pour faciliter l'endormissement alors qu' il n'est pas rempli d'eau mais de lait sucré, de jus de fruit ou de soda.

Mettre en place une hygiène dentaire adaptée au patient comme nous l'avons vu précédemment.

Utiliser des dentifrices fluorés adaptés à l'âge du patient. Retenez toutefois que si le patient ne peut pas se rincer ou cracher, il faudra alors, quel que soit son âge, utiliser un dentifrice faiblement dosé (500ppm).

Préconiser un dépistage dentaire régulier.

Pratiquer des détartrages réguliers ;

Réaliser le scellement des sillons anfractueux.

Les malocclusions

Elle est fréquente chez les patients I.M.C. Elle est le plus souvent liée à un problème musculaire.

Une posture bouche ouverte avec les dents antérieures saillantes est commune et est typiquement associée à la poussée de langue. L'incapacité de fermer les lèvres accentue la proalvéolie et la vestibuloversion incisive. La traduction de cette posture bouche ouverte peut s'exprimer par une arcade maxillaire très étroite et une latéroposition mandibulaire.

Le décalage de Classe III peut également être diagnostiqué.

L'absence de mastication en raison de la nécessité d'une nourriture mixée ne fera qu'accentuer la déformation, ainsi que la prise du biberon chez des enfants déjà grands.

Malheureusement, corriger la malocclusion est souvent impossible chez les patients I.M.C. quand l'atteinte est modérée ou grave. Cependant, une incapacité développementale ne devrait pas être perçue comme barrière au traitement orthodontique

Pratiquer un dépistage orthodontique dès le plus jeune âge.

Les jeunes patients sont souvent enrhumés, le nez est obstrué. A nous d'interroger les parents sur le comportement ventilatoire de leur enfant, leur expliquer l'importance de la respiration nasale, leur indiquer une consultation auprès du médecin.

Enfin, conseiller dès le plus jeune âge l'arrêt de la « tétine » ou de la succion du pouce si cela n'a pas de conséquences trop néfastes sur son comportement.

Dès 4-5 ans des anomalies peuvent apparaître : une posture bouche ouverte avec les dents antérieures saillantes est déjà décelable ainsi qu'un décalage de type III dans lequel les incisives temporaires sont déjà en occlusion inversée.

En denture mixte, les malocclusions apparaissent, ou s'affirment.

La succion du pouce va entraver l'évolution des incisives.

L'interposition linguale va pérenniser la béance antérieure.

L'attitude « bouche ouverte » va laisser se développer l'étage inférieur de la face.

La lèvre inférieure va se placer entre les incisives, d'où l'obtention ou l'aggravation d'un surplomb incisif important, d'une malocclusion de Classe II.

La langue ne se place pas dans le palais : l'arcade maxillaire est étroite, d'où les inversés d'articulé dentaire uni ou bilatéraux.

une brièveté du frein lingual peut être à l'origine de l'endoalvéolie ou de l'endognathie maxillaire et favoriser un hyper développement mandibulaire.

Supprimer la succion du pouce (s'il n'y a pas trop d'influences néfastes sur son comportement).

Supprimer la ventilation orale et la posture bouche ouverte grâce à des conseils comportementaux ou à l'indication d'une consultation chez l'O.R.L.

Surveiller l'évolution des incisives.

Normaliser la fonction pour normaliser la forme. Le faire le plutôt possible, car il vaut mieux traiter un problème lorsqu'il est mineur.

Le bruxisme

Il est fréquent chez les patients I.M.C., particulièrement dans les formes graves. Il peut être intense et persistant et entraîner une usure prématurée.

On le rencontre chez les très jeunes enfants I.M.C. mais on constate souvent une amélioration avec les traitements.

Il est toutefois important de surveiller l'abrasion dentaire même en denture lactéale pour éviter les sensibilités et les nécroses.

Pour les patients plus âgés on pourra avoir recours à des gouttières si toutefois, elles ne présentent pas de risque pour le patient.

Les traumatismes dentaires

Ils sont fréquents chez les patients I.M.C.

Dans les structures adaptées au handicap, ils sont connus par le personnel qui sait comment agir. Cependant, il est important de rappeler de temps en temps à l'entourage l'attitude à adopter devant l'urgence.

Soins bucco-dentaires et trisomie 21

Délivrer des soins dentaires aux personnes atteintes du syndrome de Down (ou trisomie 21) nécessite une adaptation de nos habitudes (qualifications, aptitudes) quotidiennes. En fait, la plupart des sujets atteints de façon légère ou modérée par ce syndrome peuvent être traités avec succès dans le cadre de la pratique générale. Cette notice vous aidera dans l'approche de ces patients à besoins spécifiques.

Le syndrome de Down, une anomalie génétique commune, varie en sévérité et est habituellement associé à des problèmes médicaux et physiques. Par exemple, des personnes atteintes de ce trouble du développement peuvent présenter des troubles cardiaques, des maladies infectieuses, une hypotonie et une perte d'audition. De plus, la plupart de ces patients ont un retard mental léger à modéré alors qu'un faible pourcentage est sévèrement affecté. Les retards de développement (retard d'acquisition du langage par exemple) sont communs.

Les personnes atteintes du syndrome de Down peuvent présenter des désordres mentaux et physiques qui ont des implications dans les soins bucco-dentaires. Avant le rendez-vous, il faut obtenir et revoir l'anamnèse médicale du patient. La consultation avec le praticien, la famille et les soignants est essentielle pour rassembler des éléments médicaux précis. Il faut également déterminer qui peut fournir également un consentement éclairé pour les soins (le traitement).

Retard mental

Bien que les capacités intellectuelles des patients atteints du syndrome de Down varient largement, beaucoup présentent un retard mental léger à modéré qui limite leur capacité à apprendre, communiquer et s'adapter à leur environnement. Le développement du langage est souvent retardé ou altéré ; ces personnes comprennent plus qu'elles ne peuvent verbaliser. C'est pourquoi les activités ordinaires de la vie quotidienne et la compréhension du comportement des autres comme d'eux-mêmes peut constituer un véritable défi.

Ecoutez votre patient attentivement car s'exprimer peut être difficile pour lui. Montrez-lui que vous l'avez compris.

Déterminer avec les aidants les capacités intellectuelles et fonctionnelles de votre patient. Expliquez-lui ensuite chaque étape de la procédure de soin dans des termes adaptés à son niveau de compréhension. Accordez-lui un temps supplémentaire pour lui expliquer les problèmes de santé bucco-dentaire ou vos instructions (conseils ?) et lui montrer les instruments que vous allez utiliser.

Employez des termes simples, concrets et répétez souvent vos instructions pour compenser les problèmes de mémorisation.

Gestion comportementale

D'ordinaire, ce n'est pas un problème avec ces patients car ils sont très chaleureux, très enthousiastes et se conduisent bien. Certains peuvent être têtus ou non coopérants, mais la plupart d'entre eux ont juste besoin d'un peu de temps supplémentaire et d'attention pour se sentir à l'aise. Gagner la confiance du patient est la clef du succès de traitement.

Discutez avec l'éducateur ou le médecin pour connaître les techniques de gestion comportementale qui sont efficaces avec votre patient. Une nouvelle brosse à dent à la fin de chaque rendez-vous peut vous assurer sa coopération par exemple.

Programmez vos rendez-vous tôt dans la journée si possible. Des rendez-vous en début de journée vous assurent que tout le monde est attentif et éveillé et que le temps d'attente est réduit.

Impliquez tout le personnel du cabinet dentaire pour que le rendez-vous se passe bien : depuis le bonjour amical de la secrétaire jusqu'à l'attitude douce et protectrice de l'assistante dentaire.

Délivrez des soins dans une ambiance avec quelques distractions : des bulles de savon, un fond musical connu et apprécié par le patient... de nombreux patients atteints du syndrome de Down apprécient d'écouter de la musique durant leurs soins dentaires. Essayez de réduire les lumières et les bruits inutiles ou tout autre stimulus susceptible de perturber la coopération de votre patient.

Évaluez votre patient étape par étape en commençant par le faire asseoir sur le fauteuil dentaire. Puis si ça se passe bien, débutez un examen dentaire seulement à l'aide de vos doigts. Puis utilisez vos instruments dentaires. La prophylaxie est l'étape suivante, suivie par des radiographies buccales. Plusieurs visites peuvent être nécessaires à l'accomplissement de ces actes.

Essayez d'être cohérent dans tous les aspects des soins. Utilisez le même personnel (la même équipe), le même fauteuil dentaire, les mêmes heures de rendez-vous et autre répétition de détails qui maintiennent une certaine familiarité. Plus il y a d'uniformité, plus ces patients sont coopérants.

Mettez à l'aise les personnes réfractaires aux soins et recherchez une bonne coopération par des compliments au fur et à mesure des rendez-vous.

Utilisez des techniques d'immobilisation uniquement si nécessaire et non pas par convenance, dans le but de protéger le patient et le personnel durant le traitement dentaire.

Concernant l'immobilisation, il n'y a pas de véritable « directives universelles » qui s'appliquent à toutes les situations de traitement.

Obtenez le consentement du représentant légal de votre patient et choisissez les techniques les moins restrictives qui vous permettent de soigner en toute sécurité.

Bien que leur espérance de vie moyenne ait atteint environ 55 ans, ces patients sont toujours considérés à risques pour presque tous les grands systèmes. Certaines pathologies se manifestent dans la bouche. La découverte de lésions gingivales persistantes, de difficultés de cicatrisation ou d'hémorragie gingivale spontanée suggère une prise en charge médicale insuffisante et nécessite une consultation médicale.

Troubles cardiaques :

Ils sont fréquents dans ce syndrome. En effet, le prolapsus de la valve mitrale est présent chez plus de la moitié des adultes ayant ce retard de développement. Beaucoup d'autres patients présentent le risque de développer une dysfonction valvulaire qui risque de provoquer une crise cardiaque même s'ils n'ont pas de maladies cardiaques connues. Pour réduire le risque d'endocardite bactérienne, une prophylaxie antibiotique est nécessaire en fonction du soin effectué. Il ne faut pas hésiter à consulter le médecin traitant pour plus d'information.

Système immunitaire affaibli

Il provoque des infections systémiques et orales plus fréquentes et une forte incidence de maladies parodontales. Ces patients sont plus susceptibles aux aphtes, aux infections orales à candida et aux gingivites ulcéro-nécrotiques (GUN). Les infections respiratoires chroniques contribuent à la respiration buccale, la xérostomie et la langue et les lèvres fissurées.

Traiter les GUNs et les autres infections agressivement

Expliquer aux patients et à leurs soignants l'intérêt de la prévention des ces infections orales par des rendez-vous réguliers et une hygiène bucco-dentaire quotidienne.

Insister sur l'importance de l'utilisation du fluor pour prévenir les caries associées à la xérostomie

Utiliser du baume ou de la vaseline pour protéger les lèvres

Hypotonie

Elle affecte les muscles à différents endroits du corps incluant la bouche et les muscles squelettiques. Lorsque les muscles péribuccaux sont impliqués cette hypotonie provoque un déséquilibre des forces sur les dents et contribuent à créer une béance (open bite). Si les muscles contrôlant l'expression faciale et la mastication sont affectés, il en résulte des problèmes de mastication, de déglutition, de bavage et de langage. Un trouble associé est l'instabilité atlanto-axiale, un défaut spinal de la colonne vertébrale qui augmente la mobilité des vertèbres cervicales et mène souvent à une instabilité et des douleurs au niveau du cou.

Déterminez la meilleure position pour votre patient sur le fauteuil et la manière la plus sûre de bouger son corps, en particulier sa tête et son cou. Demandez au médecin comment protéger sa moelle épinière. Utilisez des coussins pour stabiliser votre patient et le mettre à l'aise.

Crises d'épilepsie

Elles surviennent parfois au sein de cette population, en particulier chez les enfants et sont contrôlées en général par des traitements anti-convulsivants. La bouche est une zone à risque durant les crises : les patients risquent de se fracturer une dent ou de se mordre la langue ou les joues. Les patients dont l'épilepsie est contrôlée peuvent facilement être traités au cabinet dentaire.

Consultez le médecin traitant, notez la fréquence des crises et les traitements médicamenteux utilisés pour les contrôler. Vérifiez l'observance de ces traitements avant les rendez-vous. Evitez tout facteur qui pourrait être à l'origine d'une crise.

Soyez prêt à gérer une crise épileptique si elle survient durant un traitement dentaire. Enlevez tout instrument de la bouche et dégagez la zone autour du fauteuil dentaire. Attachez avec du fil dentaire les clamps de digues et les écarteurs de bouches quand le traitement commence afin de pouvoir les ôter rapidement. N'insérez aucun objet entre les dents durant une crise.

Restez avec votre patient, couchez le sur le côté et surveillez la liberté des voies aériennes.

Diminution de l'acuité auditive et surdité

Elles peuvent compliquer les aptitudes déjà faibles à la communication. Dans ce cas les patients peuvent paraître têtus en raison de leur apparent manque de réponse à toute requête.

Les patients peuvent régler leur appareil auditif ou le couper car le son de certains instruments peut leur être désagréable.

Si votre patient lit sur les lèvres, parlez avec un rythme et un ton normaux. Si votre patient utilise le langage des signes, demandez à un interprète de les accompagner à leur rendez-vous.

Un feed-back visuel est utile. Maintenez le contact visuel avec votre patient. Avant de parler, éliminez les bruits de fond (éteindre la radio et l'aspiration). Quelque fois, les personnes avec un déficit auditif ont juste besoin qu'on leur parle clairement avec une voix légèrement plus forte que la normale. Pensez à retirer votre masque ou à porter un masque transparent.

Déficience visuelle

Le strabisme, le glaucome et la cataracte peuvent affecter ces patients et les prescriptions possibles.

Déterminer le niveau d'assistance requis par votre patient pour se mouvoir en toute sécurité dans votre cabinet. Utilisez les autres sens de votre patient pour établir un lien de confiance et faire

du traitement une expérience plus agréable. Un feed-back tactile tel qu'une chaleureuse poignée de main peut mettre votre patient à l'aise.

Regardez votre patient en face quand vous lui parlez et informez-le de chaque étape à venir, plus spécialement quand de l'eau va être utilisée. Soyez clair, utilisez un langage descriptif pour expliquer les procédures et montrer comment fonctionne l'équipement. Délivrez des informations écrites avec une grande police.

Ces patients n'ont pas qu'un seul type de problème bucco-dentaire. Toutefois, certains de ces troubles sont fréquents et sévères. Des traitements dentaires précoces et une hygiène régulière à la maison peuvent diminuer leur sévérité et permettre à ces patients de ressentir les bénéfices d'une bouche saine.

La maladie parodontale

C'est le problème de santé orale le plus fréquent chez ces patients. Les enfants sont atteints de maladies parodontales rapides et destructives. Par conséquent, beaucoup d'entre eux perdent leurs dents permanentes antérieures précocement. Les facteurs aggravants sont caractérisés par une mauvaise hygiène, une malocclusion, un bruxisme, des racines dentaires coniques et pointues et une réponse anormale de l'hôte en raison d'un système immunitaire déficient.

- Certains patients bénéficient de l'usage régulier d'agents anti-microbiens tels que la chlorhexidine. Prescrivez une présentation appropriée : par exemple, le rinçage n'est pas recommandé si le patient a des difficultés pour déglutir ou cracher. L'application de chlorhexidine par un spray ou une brosse à dent est tout aussi efficace.
- Si l'utilisation de médicaments particuliers a provoqué une hyperplasie gingivale, il faut insister sur l'importance d'une hygiène buccale régulière et de détartrages professionnels.
- Encouragez l'autonomie dans l'hygiène orale quotidienne. Demandez aux patients de vous montrer comment ils se brossent et expliquez-leur des recommandations spécifiques sur des méthodes de brossage. Impliquez vos patients dans des démonstrations de brossage et d'utilisation du fil dentaire.
- Certains de ces patients peuvent se brosser les dents et utiliser le fil dentaire de manière autonome. Cependant, beaucoup ont besoin d'aide. Parlez avec leurs éducateurs de leur hygiène buccale quotidienne. Ne pensez pas que tous les éducateurs-soignants connaissent les bases de l'hygiène bucco-dentaire. Montrez leur la méthode de brossage appropriée et les techniques d'utilisation du fil dentaire. Une brosse à dent électrique ou un porte-fil peut simplifier l'hygiène buccale. Insistez sur le fait qu'une approche répétée de la même façon de l'hygiène est fondamentale.

Les caries dentaires

Les enfants et les jeunes adultes atteints par ce syndrome ont moins de caries que les patients dépourvus de ce syndrome. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : un retard d'éruption des dents temporaires et permanentes, l'agénésie de dents permanentes, des dents de petite taille avec de larges diastèmes facilitant l'élimination de la plaque bactérienne. De plus, le régime alimentaire de beaucoup de ces enfants est particulièrement surveillé pour prévenir l'obésité ; cela implique la réduction de la consommation d'aliments et de boissons cariogènes.

A l'opposé, certains de ces adultes ont un risque accru de caries du à la xérostomie et à la consommation d'aliments cariogènes. De plus l'hypotonie provoque des troubles de la mastication et une diminution du nettoyage naturel.

Informez vos patients prenant des médicaments responsables de xérostomie de boire souvent de l'eau. Suggérez-leur de prendre des médicaments sans sucre et de se rincer la bouche avec de l'eau après les avoir avalés. Recommandez des mesures préventives telles que la fluoruration topique et les sealants. Prescrivez des dentifrices, gels et bains de bouche fluorés en fonction des capacités de vos patients. Insistez sur l'alimentation et les boissons non cariogènes. Conseillez aux éducateurs d'éviter l'usage de sucreries comme récompense ou encouragement.

Les caractéristiques faciales

La région moyenne de la face est souvent sous-développée, affectant plus particulièrement l'apparence des lèvres, la langue et le palais.

- Le maxillaire, l'ensellure nasale et les os de la région moyenne de la face sont sous-dimensionnés par rapport à la population générale, provoquant une prognathie. La respiration buccale est fréquente en raison d'un rétrécissement des voies aériennes ; la langue est souvent protrusive en raison du sous-développement de la région moyenne de la face. Les patients trisomiques ont souvent un fort réflexe pharyngé en raison de la position linguale et d'une anxiété associée à chaque stimulation orale.
- Le palais, de dimension normale, peut toutefois apparaître étroit et creux. Ceci est dû à l'étroitesse du palais dur. Cette étroitesse diminue l'espace dévolu à la langue, ce qui a des conséquences sur la mastication et la phonation.
- Les lèvres sont souvent larges et épaisses. Les lèvres fissurées sont le résultat d'une respiration buccale chronique. De surcroît, l'hypotonie entraîne un affaissement de la bouche et une protrusion de la lèvre inférieure. Un affaissement marqué associé à une bouche ouverte chronique provoque une chéilite angulaire.
- La langue est également fissurée avec l'âge, ce qui favorise l'halitose.

Les malocclusions

On la retrouve chez de nombreux trisomiques en raison du retard d'éruption des dents permanentes et du sous-développement du maxillaire. Un petit maxillaire entraîne une béance à l'origine d'un mauvais positionnement des dents, favorisant le développement de problèmes parodontaux et de caries dentaires.

L'orthodontie doit être envisagée avec précaution. Certains trisomiques peuvent en bénéficier, d'autres non.

En tant que tel, le syndrome de Down n'est pas une barrière au traitement orthodontique. La capacité du patient ou de l'éducateur à maintenir une bonne hygiène orale est essentielle à la faisabilité et au succès du traitement.

Les anomalies dentaires

Elles sont fréquentes dans ce syndrome.

- Les agénésies congénitales sont plus fréquentes chez les patients trisomiques que dans le reste de la population. Les 3èmes molaires, les incisives latérales et les 2èmes prémolaires mandibulaires sont les dents les plus souvent absentes.
- Les retards d'éruption des dents sont souvent suite à une séquence anormale d'éruption et sont fréquentes chez les enfants trisomiques. Les dents temporaires n'apparaissent pas avant l'âge de 2 ans avec une dentition complète retardée, apparaissant entre 4 et 5 ans. Les dents temporaires sont mêmes retenues chez certains enfants jusqu'à 14-15 ans.
- Les irrégularités dans la formation des dents telles que la microdontie et les malformations dentaires sont fréquemment retrouvées. Les couronnes sont souvent plus petites et les racines courtes et coniques, ce qui peut provoquer des pertes dentaires en cas de pathologie parodontale. Les maladies sévères ou des fièvres prolongées peuvent conduire à des hypoplasies et des hypominéralisations.
- Examiner un enfant dès son 1^{er} anniversaire et régulièrement ensuite permet d'identifier les anomalies de structure, de forme, de nombre et d'éruption.
- Penser à faire des radiographies panoramiques. Les patients trouvent cette technique moins pénible que les rétro-alvéolaires.
- Maintenez les dents temporaires en place le plus longtemps possible. Mettez des mainteneurs d'espace lorsque des dents sont perdues précocément.

Les traumatismes

Ils surviennent souvent en raison de chute ou d'accident. Il faut expliquer aux éducateurs que les traumatismes nécessitent un geste professionnel immédiat ; les procédures d'urgence à suivre lorsqu'une dent permanente est fracturée, luxée ou expulsée doivent leur être enseignées.

La maltraitance se présente souvent sous la forme de traumatismes ; elle est plus fréquemment rapportée chez ces patients que dans la population générale. Si vous suspectez qu'un enfant a été abusé ou maltraité, vous devez en informer les services de protection de l'enfance.

Faire une différence dans la prise en charge orale d'une personne atteinte du syndrome de Down peut prendre du temps au début, mais la détermination amène des résultats positifs et gratifiants.

Soins bucco-dentaires et retard mental

La plupart des patients atteints de retard mental léger ou modéré peuvent être traités en cabinet libéral. Le retard mental est une altération de la compréhension et de l'adaptation. Ce n'est pas une maladie mentale ou psychiatrique ; c'est une altération du développement de sévérité variable et habituellement associée à des problèmes physiques (troubles de la mobilité) ou à d'autres désavantages (IMC, épilepsie, troubles de l'attention).

Les patients atteints de retard mental apprennent plus lentement, ont plus de difficultés à réaliser des activités ordinaires (brossage des dents, alimentation, ...) et à comprendre le comportement des autres et le leur.

Prise en charge du retard mental

- Réduire les distractions non-nécessaires de la salle opératoire : bruits et autres stimuli qui pourraient dévier l'attention ;
- Discuter avec les accompagnants des moyens de communication et expliquer au patient, dans des termes compréhensibles par lui, les procédures qui vont être appliquées (examen, soin, ...) en montrant les instruments. Des démonstrations peuvent être réalisées. Cependant, certains patients peuvent avoir des comportements de répétition sans signification (bruits de la turbine, instructions, ...), il peut être alors préférable d'éviter toute démonstration ;
- S'adresser et poser les questions directement au patient et avec respect même si un accompagnant est dans la pièce ;
- Utiliser des instructions simples (une à la fois) et concrètes : par exemple « ouvre la bouche » puis « tourne la tête » ; répéter les instructions ;

Prise en charge comportementale

L'anxiété est un problème fréquent dans le retard mental. Les patients non familiers avec le cabinet dentaire et son instrumentation sont plus anxieux.

- Discuter avec les accompagnants des techniques efficaces lors des traitements précédents ;
- Les rendez vous tôt dans la journée sont plus efficaces : attention et ponctualité ;
- Rendez-vous court et réserver les procédures difficiles lorsque le patient est familier avec le cabinet dentaire ;
- Accorder du temps au patient et à sa famille pour s'accoutumer au cabinet dentaire et à l'équipe. Leur permettre de visiter le cabinet avant le traitement ;
- Permettre aux accompagnants d'être présents lors du soin pour rassurer le patient ;
- Essayer de valoriser le patient dans son comportement, même si c'est parfois difficile !
- La sédation consciente peut être utilisée pour réduire l'anxiété et améliorer le comportement ;
- La contention forcée ne peut être utilisée que lorsqu'elle est nécessaire pour protéger le patient ou l'équipe soignante lors du soin.

Installation et déplacement du patient

Un handicap physique n'est pas constant chez le patient déficient mental, mais il est souvent retrouvé : anomalies crânio-faciales, scoliose, démarche et posture instable ou hypotonie.

Faciliter l'accès au fauteuil en écartant les obstacles : chaises, unit dentaire, ...

Maintenir le patient au milieu du fauteuil pour éviter les risques de chute et de blessure ;

Si le patient doit être déplacé d'un fauteuil roulant vers le fauteuil dentaire, demander aux patients ou aux accompagnants les précautions particulières et les éventuelles aides au positionnement ;

Certains patients ne peuvent pas être déplacés du fauteuil dentaire et doivent être traités dans le fauteuil roulant. Certains fauteuils roulants sont déclinables et permettent une meilleure position du patient lors des soins.

Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

Une IMC survient chez environ 25% des patients atteints de retard mental. Les mouvements corporels incontrôlés et les réflexes peuvent rendre difficile le déroulement des soins.

Placer le patient au centre du fauteuil dentaire. Ne pas forcer les bras et les jambes dans une position non naturelle pour le patient, mais lui permettre d'adopter une position confortable et qui n'interfère pas sur le déroulement des soins ;

Observer les mouvements incontrôlés du patient pour les anticiper. Contrarier ces mouvements peut les amplifier, essayer au contraire de les suivre lorsque c'est possible ;

Maintenir doucement la tête du patient pendant le soin et la déplacer lentement si besoin ;

Essayer de limiter les réflexes nauséux en plaçant le patient dans une position plus verticale ;

Rendez-vous courts pour maintenir l'attention et l'efficacité ;

Exercer une pression souple mais ferme sur les bras et les jambes lorsqu'il se met à trembler ;

Faire des pauses fréquentes ;

La prescription de myorelaxants peut être bénéfique lors de procédures longues.

Les troubles cardio-vasculaires

Les troubles cardio-vasculaires comme les bruits cardiaques et les pathologies valvulaires sont relativement fréquents chez les patients présentant un retard mental, en particulier dans la trisomie 21. Pour éviter les complications prendre contact avec le médecin traitant pour avoir le diagnostic précis et utiliser une prophylaxie antibiotique lorsqu'elle est indiquée (cf recommandation AFSSAPS www.affssaps.fr).

Epilepsie

L'épilepsie est une affection chronique caractérisée par l'activation répétée et anarchique de neurones avec des manifestations cliniques très diverses mais généralement constantes sur un même patient. Sa chronicité et la répétition des crises en fait sa gravité. Elle est fréquente chez les patients présentant un retard mental mais est habituellement très bien contrôlée par le traitement anti-convulsivant. Les patients traités peuvent être soignés au cabinet dentaire.

Prendre contact avec le médecin et l'entourage pour connaître la fréquence des crises, leurs manifestations, ce qui les déclenche et leur prise en charge ;

Si une crise survient pendant les soins dentaires, sortir tous les instruments de la bouche ;

Si le patient perd connaissance, le placer en Position Latérale de sécurité et dégager les voies respiratoires.

Les patients avec un retard mental ont souvent une santé bucco-dentaire moins bonne que les patients ordinaires :

Les maladies parodontales

Médicaments, malocclusions et hygiène dentaire déficiente augmentent le risque de maladie parodontale.

Encourager l'hygiène quotidienne, si possible en autonomie. Demander au patient de montrer comment il brosse ses dents et éventuellement le corriger ou lui proposer des outils adaptés ;

Si l'autonomie n'est pas possible, montrer aux aidants comment réaliser un bon nettoyage : ne pas préjuger de leur capacité à réaliser un bon nettoyage ;

Si certains patients peuvent bénéficier de l'utilisation de chlorhexidine, penser à l'administration sous forme de spray lorsqu'ils ne peuvent pas se rincer ou qu'il y a un risque de fausse route.

Les caries dentaires

Les personnes avec un retard mental ont un taux de caries non traitées très supérieur à la population générale.

Favoriser l'alimentation et les boissons non cariogéniques, en particulier pour les récompenses ;

Conseiller aux patients qui prennent des médicaments xérostomiants de boire souvent de l'eau. Conseiller les médicaments sans sucre lorsque c'est possible ou de se rincer la bouche après la prise s'il n'est pas possible d'éviter le sucre.

Malocclusion

La prévalence des malocclusions n'est pas supérieure à celle de la population ordinaire excepté en présence d'autres désavantages (trisomie 21 ou IMC). Un retard mental n'est pas une contre-indication au traitement orthodontique, mais l'hygiène orale conditionne grandement la faisabilité et le résultat.

Habitudes orales néfastes

Les plus fréquentes sont le bruxisme, la rétention alimentaire, la ventilation orale, la succion linguale ou digitale et les dyskinésies bucco-faciales. On retrouve aussi parfois des automutilations comme des morsures labiales ou jugales. Dans ce dernier cas, un protège dent peut être réalisé s'il est toléré.

Contributions

B. Cazes	Chirurgien-dentiste	
A. Dubuc	Chirurgien-dentiste	Centre Paul Dottin, Toulouse, annedubuc@hotmail.fr
R. Esclassan	CHU Toulouse	
Ph. Kemoun	Chirurgien dentiste	
C. Messerli	Chirurgien-dentiste	celine_messerli@yahoo.fr
E. Noirrit-Esclassan	CHU Toulouse	CHU Toulouse, Hôpital des enfants, noirrit@cict.fr
F. Vaysse (coordination)	CHU Toulouse	CHU Toulouse, Hôpital des enfants, vaysse@cict.fr

Sarah Cousty - Chirurgien dentiste, MCU-PH CHU Toulouse

Delphine DUPIN-DEGUINE - Médecin généticien, PH CHU Toulouse

Damien Duran - Chirurgien dentiste, PU-PH, coordinateur du pôle Odontologie au CHU de Toulouse

Marie Georgelin - Chirurgien dentiste, MCU-PH CHU Toulouse

Delphine Kern-Jaendel - Médecin anesthésiste-réanimateur, PH CHU de Toulouse

Sara Laurencin - Chirurgien dentiste

Georges Mounet - Chirurgien dentiste, Président du réseau Handident

Bernard Motheau - Chirurgien dentiste

Neurologue

Abréviations

IMC ou IMOC : infirmité motrice d'origine cérébrale. Ce sont des altérations motrices périphériques d'origine centrale.

RGO : reflux gastro-œsophagien. Ce sont des altérations de fonctionnement du sphincter oeso-gastrique avec remontées acides de liquides gastriques vers l'œsophage et parfois la bouche.

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (cf définition page)