

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2024

N°:

THÈSE POUR LE
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 02 OCTOBRE 2024

Par Marion LAIGLE

Née le 03 mars 2000 à ARRAS, France

**Prise en considération de la santé orale
en soins palliatifs chez les personnes
en fin de vie**

JURY

Président : Madame la Professeur Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Monsieur le Docteur Maxime BEDEZ

Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.V. CHIRIS FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	
Vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité :	V. MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES EMERITE

E. DEVEAUX Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA Parodontologie

P. BOITELLE Responsable du département de Prothèse

T. COLARD Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**C. DELFOSSE Vice doyen du département facultaire UFR3S-
Odontologie
Odontologie Pédiatrique
Responsable du département d'Orthopédie dento-
faciale**

**L. ROBBERECHT Responsable du Département de Dentisterie
Restauratrice Endodontie**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du Département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
H. PERSON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction- Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTSAUX	Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE

M. BEDEZ

Biologie Orale

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury,

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Etudes Approfondies Génie Biologie & Médical – option Biomatériaux
Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires »

Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Doyen du Département « faculté d'odontologie » de l'UFR3S – Lille

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Vos enseignements tout au long de mes années universitaires ont été très enrichissants.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Responsable du Département de Biologie Orale

Chargée de mission PASS – LAS

Je suis très honorée que vous ayez accepté d'être ma directrice de thèse et de m'accompagner sur ce sujet de thèse particulier. Merci pour l'intérêt que vous y avez porté ainsi que pour les nombreux conseils que vous m'avez prodigués tout au long de ce travail. Votre accompagnement attentif et vos corrections rigoureuses ont été d'une grande aide pour mener à bien ce travail.

Je tiens également à exprimer ma gratitude pour votre gentillesse et votre dévouement, que ce soit envers vos étudiants ou vos patients.

Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Chargée de mission Pédagogie

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique,
Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé
Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier
(Toulouse III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes
d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique –
Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie des sciences de la santé – Université
de Rouen-Normandie

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologique – Université Paul
Sabatier (Toulouse III)

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse.
Je vous remercie pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Votre investissement auprès des étudiants et à travers vos
cours est une source d'inspiration.

Veillez trouver dans ces pages l'expression de mon respect
et de ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Maxime BEDEZ

Maître de Conférences des Universités associé – Praticien Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Master II Biologie et Santé – parcours « Immunité, Inflammation, Infection »

Université de Lille

Certificat d'Etudes Supérieures Universitaires de Prothèse Fixée – Université
d'Aix-Marseille

Vous me faites un grand honneur d'avoir accepté de siéger
au sein de mon jury de thèse.

Je vous remercie pour votre pédagogie et la qualité de vos
enseignements. C'était un réel plaisir d'assister à vos cours
qui étaient dynamiques et captivants.

Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de mon
profond respect et de ma reconnaissance.

A mes proches,

TABLES DES ABREVIATIONS

CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
IEC	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PCA	Analgésie contrôlée par le patient
SDF	Fluorure diamine d'argent

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	15
1. OBJECTIFS ET IMPORTANCE DE L'INTEGRATION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS.....	18
1.1. Objectifs des soins bucco-dentaires en soins palliatifs.....	18
1.2. Importance de l'intégration des soins bucco-dentaires en soins palliatifs.....	19
1.2.1. Fonctions cruciales de la cavité buccale	20
1.2.2. Impact de la santé bucco-dentaire sur le bien-être général....	21
1.3. Considérations éthiques et esthétiques	24
1.3.1. Considérations éthiques.....	24
1.3.2. Considérations esthétiques	25
2. LES DEFIS DE L'INTEGRATION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS	27
2.1. Formations et connaissances insuffisantes des soignants.....	28
2.2. Absence de protocoles standardisés basés sur des preuves	30
2.3. Contraintes de temps et de ressources	30
2.4. Représentations et perceptions des soins bucco-dentaires	30
2.5. Coopération du patient.....	31
3. AIDE A L'ORIENTATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES BUCCO-DENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS A DESTINATION DE L'EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE	33
3.1. Evaluation de l'état bucco-dentaire.....	33
3.2. Les symptômes bucco-dentaires fréquents en soins palliatifs	36
3.2.1. La xérostomie, sécheresse buccale	36
3.2.2. Mucite	40
3.2.3. Candidose	45
3.2.4. Dysgueusie	48
3.2.5. Halitose	50
3.2.6. Prothèses amovibles inadaptées.....	51
3.2.7. Pathologies dentaires et parodontales.....	53
3.3. Aide à l'orientation de la prise en charge de l'équipe médicale et paramédicale.....	56
CONCLUSION	60

INTRODUCTION

Le sujet de la fin de vie, de son accompagnement et de la prise en charge palliative connaît un regain d'intérêt ces dernières années. De nombreuses avancées ont vu le jour depuis une vingtaine d'années en termes de législation. La France s'est engagée, depuis 1999, dans la structuration d'une politique de développement de l'accès aux soins palliatifs.

Plusieurs lois ont marqué l'évolution de ce domaine en garantissant des droits cruciaux pour les patients en fin de vie. La loi du 9 juin 1999 a pour objectif de garantir à tous les patients l'accès au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs en fin de vie, établissant ainsi les fondements d'un cadre législatif. Puis la loi de 2005, dite loi Leonetti constitue la première loi spécifique à la fin de vie, qui introduit l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Cette loi permet à tout patient de refuser un traitement même s'il peut avoir des conséquences vitales, tout en ayant le droit de bénéficier d'un accompagnement palliatif et impose aux équipes soignantes de ne pas poursuivre des traitements jugés déraisonnables, même si le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté et à condition que cette décision soit prise dans le cadre d'une procédure collégiale. Elle permet la rédaction de directives anticipées, qui permettent au patient d'exprimer ses volontés en matière de décisions relatives à la fin de vie. La dernière loi en date est la loi du 2 février 2016, la loi Claeys-Leonetti. Elle a revalorisé les directives anticipées, devenant contraignantes pour le médecin, sauf en cas exceptionnel, et supprimant leur limite de validité. Elle a également renforcé le rôle de la personne de confiance et permis aux patients de demander l'accès à une sédation profonde et continue jusqu'au décès, sous des conditions strictes et après une procédure collégiale¹.

Ces avancées législatives reflètent une prise de conscience progressive de l'importance de la fin de vie dans les politiques de santé publique, soulignant la nécessité d'un cadre éthique et médicalement approprié pour accompagner les patients dans cette dernière étape de leur vie.

¹ parlons-fin-de-vie.fr [Internet]. Exprimer ma volonté ; [cited 16 Jul 2024]. Available from : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/mes-droits/>.

En termes de démographie, depuis quelques années, le nombre de personnes majeures nécessitant une prise en charge en soins palliatifs en France semble s'être stabilisés. Cela concerne environ 60 à 65% des décès soit entre 330 000 et 370 000 personnes [1] (figure 1).

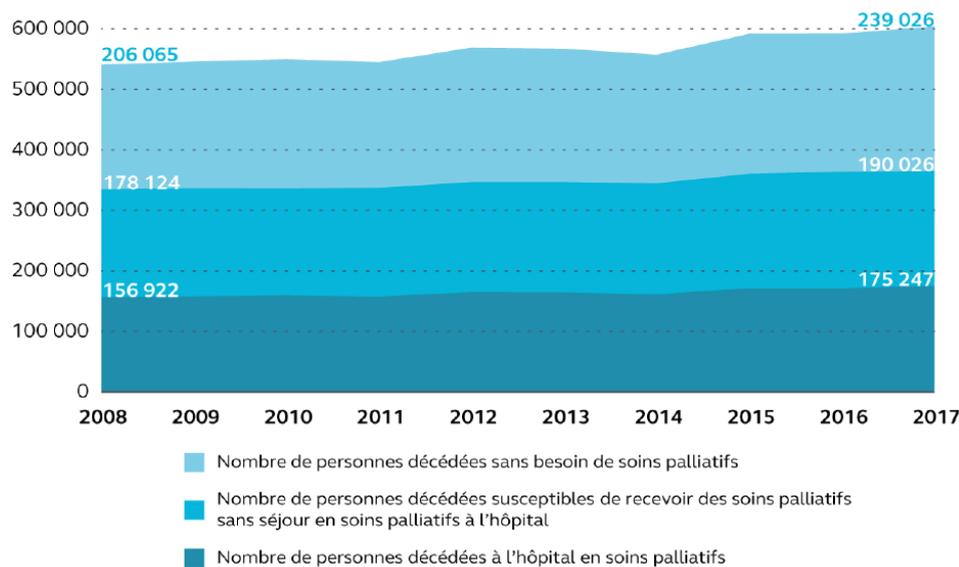


Figure 1 : Graphique représentant l'évaluation des besoins en soins palliatifs sur la période 2008-2017 [1]

Cependant, les perspectives démographiques laissent présager une augmentation significative du nombre de personnes susceptibles d'avoir recours aux soins palliatifs [1]. Le profil des personnes qui décèdent en France a évolué : la majorité meurt de plus en plus âgée, de pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires ou les suites de cancer, 1^{ères} causes de mortalité en France [2].

D'après la définition du code de la santé publique, article L1110-10 de la loi du 4 mars 2002, « les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Dans ce contexte, les problèmes de santé bucco-dentaire sont communs mais souvent négligés chez les personnes en soins palliatifs, en fin de vie [3]. Les patients en soins palliatifs souffrent fréquemment de pathologies bucco-

dentaires et de douleurs orales, qui peuvent considérablement altérer leur qualité de vie. Ces pathologies prenant siège au niveau de la cavité buccale, peuvent entraver de nombreuses fonctions essentielles : manger, respirer, communiquer [3]. Ainsi, une attention particulière aux soins de bouche en soins palliatifs est indispensable pour offrir une prise en charge globale des patients en fin de vie et de leur garantir une qualité de vie et de la dignité jusqu'à leur dernier instant.

Cette thèse a pour but d'aider les équipes médicales et paramédicales à prendre en charge les symptômes bucco-dentaires des patients en fin de vie en soins palliatifs, et à mettre en évidence l'importance de la santé orale.

Dans un premier temps, nous aborderons les objectifs fondamentaux et l'importance cruciale de la prise en charge des symptômes bucco-dentaires chez les personnes en fin de vie en soins palliatifs, soulignant leur impact sur la qualité de vie. La deuxième partie abordera les défis que rencontrent les professionnels de santé dans cette prise en charge, qu'ils soient cliniques, organisationnels ou éthiques. Pour terminer, nous évoquerons les symptômes bucco-dentaires les plus fréquents en soins palliatifs et proposeront une aide au diagnostic à l'intention des équipes médicales et paramédicales, visant à améliorer l'efficacité et l'humanisation des soins bucco-dentaires en contexte palliatif.

1. OBJECTIFS ET IMPORTANCE DE L'INTEGRATION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS

1.1. Objectifs des soins bucco-dentaires en soins palliatifs

Les soins palliatifs ont pour objectif de préserver la qualité de vie des patients et de les soulager de toute souffrance, qu'elle soit physique, psychologique, existentielle ou spirituelle² [4]. Les soins bucco-dentaires en soins palliatifs sont définis comme étant la prise en charge des patients atteints d'une maladie active, évolutive et très avancée chez qui la cavité buccale a été compromise soit par la maladie directement, soit par son traitement, et où les lésions et affections buccales ont un impact considérable sur leur qualité de vie restante [5–11]. Les soins bucco-dentaires en soins palliatifs ont leurs objectifs qui découlent des soins palliatifs.

L'objectif premier des soins bucco-dentaires est la prévention des affections buccales. Les objectifs secondaires des soins bucco-dentaires sont de réduire la sévérité et la durée de ces affections, de diminuer les complications liées à la douleur, aux infections orales et/ou systémiques et à la malnutrition [5,12]. En soins palliatifs, ces soins sont particulièrement essentiels maintenir la qualité de vie [6]. Les soins bucco-dentaires constituent des soins de première importance par leur dimension de prévention et de confort [13]. Ils visent non seulement à prévenir les affections, mais aussi à contrôler les douleurs et les infections afin d'assurer l'intégrité de la fonction orale [11], ce qui est crucial pour réduire les problèmes qui peuvent influencer sur les fonctions essentielles, notamment manger, parler, avaler [5]. En fin de vie, les objectifs des soins bucco-dentaires en soins palliatifs diffèrent de ceux destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques non terminales, en se concentrant davantage sur la qualité de vie, le soulagement de la douleur et des symptômes, ainsi que le soutien émotionnel.

En soins palliatifs, l'objectif principal n'est pas de réaliser un plan de traitement dentaire idéal selon les standards habituels du chirurgien-dentiste,

² Parlons-fin-de-vie.fr [Internet]. Les soins palliatifs ; [cited 16 Jul 2024], Available from : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/la-fin-de-vie-en-pratique/les-soins-palliatifs/>.

mais plutôt de centrer les soins sur le soulagement de la douleur et de l'inconfort du patient. Dans ce contexte, il est essentiel de reconnaître que l'obstination déraisonnable³ (anciennement appelée l'acharnement thérapeutique), à savoir de pratiquer ou d'entreprendre des traitements longs, invasifs ou complexes sans bénéfice réel pour le confort ou la qualité de vie du patient, peut non seulement être inappropriée, mais aussi contraire à l'éthique. Les soins doivent être adaptés à l'état général du patient et à sa volonté, en privilégiant des interventions minimales mais efficaces pour atténuer la souffrance. Il est important de proposer au patient les différentes solutions possibles, s'il en existe, et de le laisser maître de sa prise en charge. Respecter l'autonomie du patient en lui permettant de participer activement aux décisions concernant ses soins favorise non seulement un meilleur contrôle de ses symptômes, mais aussi un respect profond de sa dignité en fin de vie. L'accent est donc mis sur l'amélioration du bien-être immédiat et la gestion des symptômes, de la douleur, plutôt que sur la recherche d'un idéal thérapeutique, qui peut être inutile voire nuisible dans un contexte de fin de vie.

Il s'agit de minimiser l'impact des problèmes bucco-dentaires en ayant recours à un diagnostic précoce afin de mettre en place des mesures appropriées pour minimiser la douleur et la souffrance [5].

1.2. Importance de l'intégration des soins bucco-dentaires en soins palliatifs

Les patients en soins palliatifs ressentent des symptômes bucco-dentaires comme l'un des aspects les plus pénibles de leur maladie. Les troubles bucco-dentaires peuvent avoir un impact significatif sur des aspects importants de la vie quotidienne, que ce soit pour maintenir un apport nutritionnel adéquat ou dans les interactions sociales [14].

³ parlons-fin-de-vie.fr [Internet]. L'obstination déraisonnable ; [cited 12 Aug 2024]. Available from : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/lobstination-deraisonnable/>.

1.2.1. Fonctions cruciales de la cavité buccale

La cavité buccale, la bouche dans un terme plus familier, est un organe central et essentiel chez l'être humain. Elle est d'une importance cruciale pour la santé de l'être humain. Elle joue un rôle central dans de nombreux processus vitaux allant de l'alimentation, à la communication, la phonation, la respiration. C'est plus qu'une simple structure anatomique. Son état qu'il soit bon ou mauvais, influence donc la qualité de vie d'un individu.

Il est important de prendre soin de la bouche car elle joue un rôle important dans notre quotidien [15]. Le maintien des fonctions essentielles que sont la nutrition, la respiration, le confort et l'image de soi est en grande partie dépendant de l'intégrité de la cavité buccale [12].

a. La nutrition

La nutrition, selon l'OMS, correspond à l'apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme. La cavité buccale, étant la première cavité du tube digestif, elle joue un rôle clé dans ce processus. Elle permet l'absorption des nutriments essentiels à la survie, en préparant les aliments pour la digestion. Elle possède différents rôles : la mastication, la salivation, la déglutition du bol alimentaire et la gustation.

C'est là que débute la digestion, avec la mastication permettant la modification de la consistance des aliments ingérés afin qu'ils puissent être déglutis. Ce processus facilite donc la digestion des aliments.

Ensuite, la salivation, produite dans la cavité buccale, est cruciale pour plusieurs raisons. Elle a plusieurs rôles au sein de la cavité buccale. La salive protège et lubrifie les muqueuses en formant une barrière contre les différents agents irritants qu'elle peut rencontrer [16]. Cela permet de diminuer les traumatismes sur les tissus mous. La salive aide au maintien de l'intégrité des tissus dentaires grâce à son action lubrifiante par formation de la pellicule exogène acquise sur l'émail [16]. Elle régule le pH avec les ions phosphates et bicarbonates grâce à son pouvoir tampon qui participe à l'équilibre déminéralisation/reminéralisation de l'émail [16]. En plus, elle a des propriétés antimicrobiennes qui contribuent à la protection contre les agents pathogènes.

Elle facilite la formation du bol alimentaire, ainsi que la déglutition et la gustation [16].

La déglutition, ou le passage des aliments de la cavité buccale à l'estomac, est la dernière étape de la nutrition dans la cavité buccale. La déglutition permet la nutrition de l'organisme mais aussi la protection des voies respiratoires.

La cavité buccale est également dotée de nombreux récepteurs sensoriels, tels que les papilles gustatives, qui permettent de percevoir les saveurs des aliments et de guider les préférences alimentaires.

b. Communication

La communication est une fonction, qui même si elle ne contribue pas à la survie de l'être humain, ne peut être négligée. La communication nous permet de maintenir tout d'abord un lien social avec notre entourage.

La communication verbale passe par la phonation. La phonation est un mode de communication des êtres vivants, fondé sur l'émission et la réception de vibrations de fréquence sonore, infrasonore ou ultrasonore. On peut ainsi dire que la phonation a un rôle de sociabilisation chez l'être humain, cela nous permet d'avoir des interactions sociales. La phonation, à l'échelle médicale, permet aux individus de communiquer sur leurs symptômes, leurs inquiétudes, leurs doutes, de participer de façon active à leur plan de traitement sans se retrouver à l'écart.

La communication non verbale passe par le visage, les expressions faciales. Le sourire par exemple est l'expression faciale non verbale d'une émotion.

1.2.2. Impact de la santé bucco-dentaire sur le bien-être général

La santé bucco-dentaire détient un rôle crucial dans le bien-être général des patients en soins palliatifs, où les patients sont souvent vulnérables.

➤ *La douleur et l'inconfort*

Dans les soins palliatifs, le patient est au centre de ses soins et son confort est l'objectif principal [17]. Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie du patient et à minimiser ses douleurs [17]. Il est important de gérer, de contrôler la douleur de tous les symptômes à travers les différents soins de confort [17]. Lorsque la douleur est soulagée et que les symptômes sont contrôlés (de manière invasive ou non), il est possible pour les patients de dormir, de manger, de bouger et de vider leur esprit, ce qui permet au corps de revenir à la normale [17]. Le soulagement de la douleur aide les patients à atteindre un confort, un bien-être et, en y parvenant, ils parviennent à améliorer leur vitalité [17].

Les problèmes bucco-dentaires, comme la xérostomie, les mucites, les infections dentaires, les caries peuvent causer une douleur significative et un inconfort, compromettant ainsi le confort et la qualité de vie du patient en soins palliatifs. La gestion de la douleur étant essentielle pour la qualité de vie et le bien-être des patients, les douleurs bucco-dentaires non traitées peuvent être une source de souffrance évitable.

➤ *L'alimentation*

L'alimentation est une préoccupation importante chez les patients en fin de vie. En soins palliatifs, le plaisir de manger est le plus important, il participe au bien-être psychologique du patient. Les problèmes bucco-dentaires vont donner lieu à des difficultés de nutrition et d'hydratation [18]. Ils vont ainsi limiter l'apport alimentaire du patient, entraînant une dénutrition et une détérioration de l'état de santé général. En effet, lorsque la cavité buccale est altérée, la fonction masticatoire est souvent réduite ayant pour conséquences potentielles un manque d'appétit, une anorexie, une malnutrition et une cachexie qui peuvent entraver de façon considérable la qualité de vie des patients, leur bien-être et dégrader l'état de santé du patient [10,11]. La prise en charge des symptômes bucco-dentaires va permettre de minimiser et améliorer les conséquences nutritionnelles [10].

➤ *Les infections systémiques*

Depuis quelques années, il a été mis en évidence que les infections de la cavité orale peuvent exercer une influence sur la santé générale du patient et inversement [11].

Les infections bucco-dentaires peuvent se propager et entraîner des complications systémiques graves, notamment des infections respiratoires, des endocardites et des septicémies. En soins palliatifs, où les patients sont souvent immunodéprimés, le contrôle des infections est primordial pour éviter des complications potentiellement mortelles. Les bactéries buccales peuvent également être inhalées dans les poumons, augmentant ainsi le risque d'infections respiratoires telles que la pneumonie par aspiration [9–11]. Une bonne hygiène bucco-dentaire peut aider à réduire ce risque en limitant la présence de bactéries nocives dans la bouche [11].

Il a été mis en évidence dans une étude que certains germes bactériens de la plaque dentaire jouent un rôle dans la survenue et la progression de maladies vasculaires et d'ictus cérébraux [11]. On peut également évoquer le lien bidirectionnel existant entre les patients diabétiques et les maladies parodontales. Une maladie parodontale qui n'est pas contrôlée peut venir compliquer le contrôle de la glycémie et inversement [11].

Les complications liées aux infections dentaires tels que les caries ou les infections endodontiques non traitées peut entraîner une cellulite avec douleur, gonflement, trismus, un risque de septicémie potentiellement.

➤ *Dignité et estime de soi*

Une altération de l'apparence physique du patient due à une maladie grave ou ayant des répercussions sur l'apparence physique modifie la manière dont il se perçoit et dont il est perçu par son entourage [19]. De ce fait, la communication entre le patient, son entourage et les soignants peut être altérée. Le sentiment que la bouche n'est pas propre peut réduire l'estime de soi [14]. L'halitose ou des dents manquantes peuvent être sources de gêne et d'embarras, ce qui peut pousser les patients à éviter les interactions sociales, augmentant ainsi leur isolement et leur détresse émotionnelle, notamment lors de leur dernier instant de recueillement auprès de leur famille [9]. Les soins auront pour but

également d'améliorer l'apparence physique, si cela est souhaité, et le confort du patient pour préserver sa dignité et faciliter les relations avec ses proches [19]. Il est donc important pour le bien-être général du patient de maintenir une hygiène bucco-dentaire optimale et d'améliorer la santé bucco-dentaire afin de permettre les interactions sociales, de limiter l'inconfort et d'améliorer l'estime de soi. Prendre soin de sa bouche peut donc également contribuer au bien-être émotionnel et avoir des répercussions positives sur tous les aspects de la vie quotidienne.

1.3. Considérations éthiques et esthétiques

1.3.1. Considérations éthiques

Les soins palliatifs soulèvent de nombreuses considérations éthiques que l'on peut mettre en lien avec les soins bucco-dentaires.

Le principe éthique d'autonomie correspond au respect pour chacun de disposer soi-même de sa santé et de choisir les options qui correspondent à ses souhaits, ses valeurs ou ses projets de vie [20]. Lorsque des difficultés de communication apparaissent chez les patients en fin de vie, en soins palliatifs, le problème est qu'ils se retrouvent à l'écart des décisions concernant leur suivi [21]. Le maintien de la capacité de communication permettra notamment d'orienter les soins en suivant le principe éthique d'autonomie, selon lequel le patient est la personne la plus à même de prendre les décisions qui la concerne. Aider le patient à communiquer le plus longtemps possible, permet au patient d'être acteur dans les décisions à prendre le plus longtemps possible et de communiquer avec son entourage [21].

L'article 1 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne stipule que « la dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée ». La dignité regroupe de nombreux droits : la qualité de la prise en charge, le respect de l'intimité de la personne et de ses croyances, la bientraitance⁴ qui est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans

⁴ has-sante.fr [Internet]. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ; 2018 [cited 29 Jul 2024]. Available from : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre

l'adaptation la plus juste à ses besoins, le respect de l'intégrité physique de la personne, le droit à une fin de vie digne avec le respect de la dignité et le refus de l'acharnement thérapeutique [22].

Le consentement reste l'un des aspects éthiques les plus importants. Hormis dans des cas spécifiques, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient et ce consentement peut être retiré à tout moment [22,23]. Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [23]. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité [23]. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté [23].

Il convient de réaliser les soins nécessaires mais que les patients peuvent supporter, en l'absence d'approbation effective et possible [11].

1.3.2. Considérations esthétiques

Evoquer l'aspect esthétique nous semble important et très peu abordé dans les études au sujet des soins bucco-dentaires en soins palliatifs. Les considérations esthétiques ne concernent qu'une faible part des patients des soins palliatifs mais cela concerne tout de même 10% des patients [11].

Certains patients peuvent considérer comme important l'image qu'il dégage auprès de leurs proches et pour eux-mêmes. Dans leur dernier instant, les patients peuvent ressentir le besoin d'une réhabilitation esthétique afin d'améliorer leur estime de soi et leur dignité notamment lors de la visite de leur proche à leur chevet [10]. L'apparence de leur visage devient une priorité pour certains, surtout au sujet de la prothèse supérieure [10]. Il peut subvenir une perte

de volume du visage et de la musculature du visage due à la dénutrition ce qui peut entraîner perte de stabilité et de rétention des prothèses amovibles ainsi qu'une perte d'esthétique des prothèses [24]. Il peut être envisagé de réaliser des prothèses à visée purement esthétiques pour améliorer l'estime de soi du patient et lui permettre de recevoir son entourage en toute dignité [11]. Le maintien de l'hygiène bucco-dentaire permet d'améliorer l'aspect esthétique du patient. Le manque d'hygiène bucco-dentaire peut réduire l'estime de soi [14]. Ça permet au patient soucieux de l'aspect esthétique de garder des liens sociaux.

2. LES DEFIS DE L'INTEGRATION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS

Le constat actuel est que les soins bucco-dentaires prodigués aux patients en soins palliatifs sont très souvent inadéquats et négligés [8]. La santé bucco-dentaire en soins palliatifs est souvent passée au second plan par rapport à la santé générale. Dans les contextes de soins palliatifs, les équipes soignantes sont souvent confrontées à d'autres priorités. La gestion de la douleur, les soins médicaux complexes et le soutien émotionnel peuvent prendre le pas sur les soins bucco-dentaires, considérés comme moins urgents. Cette priorisation peut entraîner une négligence des soins de bouche, malgré leur importance pour le confort global du patient.

Il n'est pas dans la norme que le chirurgien-dentiste se déplace auprès des patients. Malgré tout, il existe des codes de CCAM⁵ permettant la visite des chirurgiens-dentistes au domicile des patients (*tableau 1*).

Si un patient ne peut pas se déplacer, le chirurgien-dentiste peut se rendre à son domicile pour réaliser un acte. Dans ce cas, il est possible d'ajouter à la facturation de l'acte une indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) ou des indemnités kilométriques (IK). L'indemnité forfaitaire de déplacement s'applique lorsque le domicile du patient et le lieu d'exercice sont dans la même agglomération ou que la distance entre les deux est inférieure à 2 km en plaine ou à 1 km en montagne. En revanche, l'indemnité kilométrique est applicable lorsque le domicile du patient et le lieu d'exercice sont dans des agglomérations différentes ou que la distance dépasse 2 km en plaine ou 1 km en montagne. Si une visite est effectuée, l'indemnité se cumule avec le tarif de la visite, et non avec celui de la consultation.

⁵ ameli.fr [Internet]. Actes à domicile ; 2020 [cited 7 Aug 2024]. Available from : <https://www.ameli.fr/artois/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/actes-domicile>

Tableau 1: Tarifs conventionnels applicables aux chirurgiens-dentistes à compter du 25 février 2024 au sujet des visites à domicile

Actes et majorations	Code à facturer	Tarif applicable dans les départements métropolitains
VD : visite du chirurgien-dentiste omnipraticien	VD	23,00 €
IDD : indemnité forfaitaire de déplacement	IDD	2,74 €
IK : indemnité kilométrique en plaine		0,61 €
IK : indemnité kilométrique en montagne		0,91 €
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski		4,57 €

Réaliser des soins à domicile pour un chirurgien-dentiste pose des défis considérables en raison du matériel nécessaire pour réaliser ses actes. Les soins bucco-dentaires exigent l'utilisation de nombreux équipements spécialisés. La plupart du matériel est complexe à transporter et à installer dans un environnement domestique. Ces contraintes logistiques rendent les soins à domicile potentiellement compliqués pour les chirurgiens-dentistes. Les chirurgiens-dentistes sont, dans de rares cas, confrontés au cours de leur exercice aux patients en soins palliatifs en fin de vie.

De nombreux freins à la mise en place des soins bucco-dentaires chez les patients en soins palliatifs sont dans les faits souvent évoqués.

2.1. Formations et connaissances insuffisantes des soignants

Un des principaux obstacles est le manque de formation initiale et continue. Les soignants ne reçoivent souvent pas de formation adéquate sur les techniques spécifiques nécessaires pour gérer les problèmes bucco-dentaires chez les patients en fin de vie, ce qui peut conduire à une négligence de ces soins [13,24]. Une étude met en évidence que seule une très faible part des infirmières pense avoir suffisamment de connaissances pour effectuer des soins de bouche efficace [13]. Les professionnels de santé qui se retrouvent au chevet des personnes en fin de vie témoignent très souvent d'un manque de connaissance en terme de santé bucco-dentaire ou soins bucco-dentaires [8,9,13]. Ils déclarent un manque de formation, de compétences [9,25].

Le manque de sensibilisation des soignants sur l'importance des soins bucco-dentaires en soins palliatifs est un frein [24]. Les soignants ne se rendent pas forcément compte de l'importance de la cavité buccale et de toutes les fonctions qu'elle permet de remplir : alimentation, communication, sourire [26].

Il est nécessaire d'apporter des connaissances sur l'importance de la cavité buccale d'un point de vue aussi bien physique que psychologique, du maintien de son intégrité et de ses fonctions. Il est nécessaire également d'apporter les connaissances de base aux personnels soignants, notamment aux médecins sur les maladies qui peuvent toucher la cavité buccale chez les personnes en soins palliatifs mais également sur les prothèses dentaires [13].

Enfin, il pourrait être envisagé de faciliter la communication entre le personnel soignant et un chirurgien-dentiste référent et de recourir à son expertise si nécessaire. Ainsi, la téléconsultation réalisée avec l'aide de caméra intra-buccale pilotée par l'équipe soignante pourrait constituer une perspective d'amélioration de la prise en charge [3]. La mise en pratique de plateformes de communications en ligne à distance, telles que la télédentisterie, pourrait faciliter la mise en place de soins bucco-dentaires. Bien qu'il existe peu de preuves concernant la télédentisterie dans le contexte des soins palliatifs, le recours aux interventions de télésanté est devenu plus populaire, en particulier depuis la pandémie du COVID-19, car il a le potentiel de surmonter les obstacles liés à l'accès et au personnel. Malgré certaines limites techniques, des recherches ont démontré que la télédentisterie est acceptable, car elle offre une grande précision pour les diagnostics dentaires. Il y avait un consensus général sur le fait que la télédentisterie pourrait jouer un rôle pour intégrer la prestation de soins bucco-dentaires aux personnes recevant des soins palliatifs, en particulier pour les patients à mobilité réduite, grabataire ou pour les patients qui ont besoin d'un moyen d'accéder rapidement à des conseils bucco-dentaires [3].

2.2. Absence de protocoles standardisés basés sur des preuves

Les procédures efficaces fondées sur des preuves sont absentes dans la littérature [9]. A ce jour, il n'existe aucun protocole standardisé et basé sur des preuves scientifiques. Toutes les études réalisées auprès de la population de soins palliatifs au sujet des soins bucco-dentaires palliatifs et de la prise en charge de la symptomatologie buccale évoquent des protocoles différents selon les services. Chaque service a son propre protocole, s'il y en existe un.

2.3. Contraintes de temps et de ressources

Le temps et les ressources allouées à cette tâche sont insuffisants [8,9]. A l'heure actuelle, où les infirmiers se retrouvent en charge de nombreux patients notamment dans les services de gériatrie, il leur est complexe de prodiguer des soins de qualité et complet. Les ressources financières et logistiques limitées constituent un frein majeur. Les services de soins palliatifs disposent souvent de budgets restreints, ce qui limite leur capacité à possiblement intégrer les soins bucco-dentaires dans leur quotidien.

2.4. Représentations et perceptions des soins bucco-dentaires

Les représentations de la cavité buccale et les perceptions des soins bucco-dentaires peuvent constituer un frein dans la prise en charge bucco-dentaire chez les personnes en soins palliatifs. Le frein peut venir aussi bien du soignant que du patient.

Malgré le fait que la cavité buccale soit une région corporelle facilement accessible, la majorité des personnels soignants sont mal à l'aise à l'idée de réaliser les soins de bouche : ces soins sont réputés complexes, difficiles à réaliser, chronophages et la bouche est souvent considérée comme un territoire inconnu [27].

Les perceptions du personnel soignant en matière de soins bucco-dentaires peuvent être des obstacles à la mise en place de ses soins, tels que du dégoût général ou lié aux prothèses amovibles ou à l'haleine, de la réticence, de la répugnance [8,13,26]. La difficulté d'adapter leur comportement, le regard

soignant-soigné et leurs difficultés face à la mauvaise haleine et aux aspects physiques semblent importantes chez les soignants face aux soins bucco-dentaires [26]. Les soins bucco-dentaires sont des gestes plutôt intrusif [13]. La difficulté de réalisation de ces soins serait liée à l'intrusion dans l'espace intime du patient [13].

Les soignants peuvent également rencontrer des défis psychologiques et émotionnels dans la gestion des soins bucco-dentaires. Travailler avec des patients en fin de vie peut être émotionnellement épuisant, et ajouter des responsabilités supplémentaires liées aux soins bucco-dentaires peut accroître le stress et la charge émotionnelle des soignants (13).

Le frein peut prendre origine chez le patient. Une des difficultés majeures est l'obtention de la collaboration du patient [26]. Le patient peut ressentir de la réticence pour les soins de bouche pour plusieurs causes à savoir la non-compréhension de l'intérêt du geste, de la peur des outils utilisés, de l'appréhension quant au goût des produits utilisés et du caractère intrusif de l'acte [13].

2.5. Coopération du patient

La coopération du patient est aussi une des difficultés [9]. L'état de santé aggravé des patients en soins palliatifs en fin de vie diminue la chance de prise en charge. Nombreux sont les patients dont les difficultés sont nombreuses pour les déplacer ou encore les patients pour lesquels subviennent des problèmes médicaux aigus [11]. Les mobilités restreintes des patients diminuent nos possibilités d'intervention. Leur état de santé peut être à l'origine de l'absence de plainte au sujet des problèmes bucco-dentaires, le patient peut être trop faible pour exprimer des symptômes notamment subjectifs. Les troubles de la communication peuvent avoir un impact sur la capacité de l'équipe de soins palliatifs à contrôler les symptômes et à fournir des soins psychosociaux de soutien.

Malgré l'importance cruciale des soins bucco-dentaires pour les patients en soins palliatifs, plusieurs freins entravent leur intégration efficace. Surmonter ces obstacles nécessite une sensibilisation du personnel soignant, des

ressources financières et logistiques adéquates, une formation spécialisée, et une meilleure coordination entre les différentes disciplines de soins. Une formation spécialisée doit être mise en place et largement déployée sur les représentations, sur la compréhension du caractère essentiel des fonctions physiologiques et socio-affectives de la bouche, et de l'intérêt du soin de bouche préventif vis-à-vis du maintien de ces fonctions [13]. Ce n'est qu'en abordant ces défis que nous pourrions garantir une qualité de vie optimale pour les patients en fin de vie.

3. AIDE A L'ORIENTATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES BUCCO-DENTAIRES EN SOINS PALLIATIFS A DESTINATION DE L'EQUIPE MEDICALE ET PARAMEDICALE

3.1. Evaluation de l'état bucco-dentaire

Dans l'idéal, une évaluation systématique devrait être effectuée à l'admission de chaque patient. Cette évaluation a plusieurs objectifs : favoriser la coopération du patient dans ses soins, permettre d'inclure dans les services les soins de bouche jusqu'à ce qu'il soit systématique, dépister un mauvais état buccal permettant l'instauration de soins précoces.

Cette évaluation s'accompagne de plusieurs étapes. Dans un premier temps, il s'agit de réaliser une analyse des habitudes d'hygiène bucco-dentaire du patient, de son autonomie ainsi que le questionnement des plaintes du patient au sujet de sa cavité buccale. Dans un second temps, on passe à l'examen clinique, base principale sur l'observation de la cavité buccale du patient à l'aide d'un abaisse langue et d'une lampe, ainsi qu'en retirant les prothèses dentaires [5]. Une grille d'évaluation existe qui évalue les différentes structures, fonctions prenant siège dans la cavité buccale (*figure 2*).

Category	Voice	Swallow	Lips	Tongue	Saliva	Mucous membranes	Gingiva	Teeth, Dentures, or denture bearing area
Tools for Assessment	Auditory assessment	Observation	Visual/palpatory	Visual/palpatory	Tongue blade	Visual assessment	Tongue blade and visual assessment	Visual assessment
Methods of Measurement	Converse with patient	Ask patient to swallow. To test gag reflex, gently place blade on back of tongue and depress	Observe and feel tissue	Feel and observe appearance of tissue	Insert blade into mouth, touching the center of the tongue and the floor of the mouth	Observe appearance of tissue	Gently press tissue with tip of blade	Observe appearance of teeth or denture bearing area
1 Numerical and descriptive rating	 Normal	 Normal swallow	 Smooth and pink and moist	 Pink and moist and papillae present	 Watery	 Pink and moist	 Pink and stippled and firm	 Clean and no debris
2	 Deeper or raspy	 Some pain on swallow	 Dry or cracked	 Coated or loss of papillae with shiny appearance with or without redness	 Thick or ropy	 Reddened or coated (increased whiteness) without ulcerations	 Edematous with or without redness	 Plaque or debris in localized areas (between teeth if present)
3	 Difficulty talking or painful	 Unable to swallow	 Ulcerated or bleeding	 Blistered or cracked	 Absent	 Ulcerations with or without bleeding	 Spontaneous bleeding or bleeding with pressure	 Plaque or debris generalized along gum line or denture bearing area

Figure 2 : « Oral assessment guide » de Eilers et Nachnani : Grille d'évaluation de l'état buccal basée sur 8 critères : la voix, la déglutition, les lèvres, la langue, la salive, les muqueuses buccales, la gencive et les dents. Chacun de ses critères est noté sur une échelle de 1 à 3

[28]

La grille d'évaluation de l'état buccal établie par Eilers et Nachnani est un outil de référence en termes d'évaluation de la santé bucco-dentaire, très souvent utilisée dans le domaine de la santé, notamment pour les patients sous chimiothérapie, radiothérapie. Cet outil a pour vocation d'aider les professionnels de la santé à évaluer l'état de la cavité buccale, mais également à suivre l'évolution de celui-ci [28].

Une notation reprenant les différents critères, permet l'évaluation globale de l'état de santé buccale et permet ainsi d'orienter le degré d'urgence de la prise en charge. Suivant le score, des soins préventifs ou des soins curatifs devront être prescrits. Concernant cet outil, le meilleur score est de 8 points indiquant une bonne santé bucco-dentaire. Le pire score possible est de 24 points indiquant une mauvaise santé bucco-dentaire.

Une réévaluation de l'état bucco-dentaire des patients devrait être effectuée quotidiennement afin d'agir en amont, ou aux prémices de tout problème, et d'éviter d'arriver à des états aggravés. Cette évaluation devrait être effectuée à nouveau trois jours après la première évaluation, afin d'évaluer l'efficacité des soins, traitements mis en place. Si l'état bucco-dentaire du patient est améliorée, alors deux évaluations par semaine, ou au minimum de façon hebdomadaire en l'absence de problèmes bucco-dentaire sont suffisantes pour réaliser le suivi de l'état buccal du patient [12]. En cas d'altération de l'état bucco-dentaire, les évaluations devront être plus fréquentes pour garantir une prise en charge adaptée.

Une évaluation quantifiable et objectivable est très utile pour surveiller les effets secondaires des traitements qui peuvent affecter la santé buccale, identifier les besoins en soins bucco-dentaires et documenter l'évolution de l'état buccal. L'utilisation régulière de ce type d'évaluation aide à assurer que les patients reçoivent des soins bucco-dentaires appropriés et à maintenir une bonne qualité de vie, surtout en présence de traitements médicaux invasifs.

Un examen intra-oral complet doit être réalisé comprenant les lèvres, les gencives, les dents, les joues, le plancher, le palais [5].

3.2. Les symptômes bucco-dentaires fréquents en soins palliatifs

Parmi les nombreux symptômes auxquels les patients en fin de vie peuvent être confrontés, les problèmes bucco-dentaires occupent une place prépondérante. Bien que parfois négligés, ces symptômes peuvent considérablement affecter le confort et la qualité de vie des patients. Environ 100% des patients en soins palliatifs présentent au moins un ou plusieurs problèmes buccaux [29].

3.2.1. La xérostomie, sécheresse buccale

La xérostomie est l'un des problèmes bucco-dentaires les plus courants chez les patients en soins palliatifs, en fin de vie [11]. Sa prévalence se situe entre 30 % à 88 % selon les études [30].

La xérostomie se définit par une sécheresse de la cavité buccale causée par l'absence ou la diminution de la sécrétion salivaire. Celle-ci peut être subjective, sans problèmes physiologiques identifiables ou objective, qui correspond à une fonction anormale des glandes salivaires à l'origine d'une hyposialie (diminution de la quantité de salive) ou d'une asialie (absence complète de salive) [31].

Les signes cliniques de la xérostomie sont une salive épaisse et filante (*figure 3*), une langue dépapillée et fissurée (*figure 4*), la survenue secondaire de candidose ou de mucites, un taux accru de caries dentaires et d'érosion des dents, des sensations de brûlure, des difficultés à mastiquer, à avaler, une halitose, des douleurs, une altération du goût [7,32].



Figure 3 : photographie représentant une salive épaisse et filante [7]

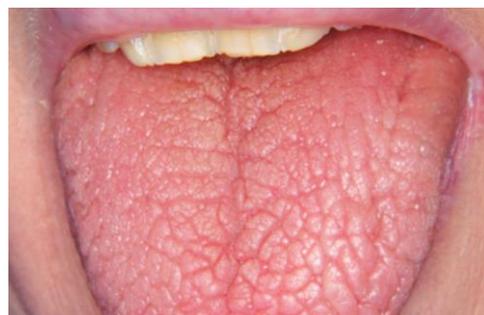


Figure 4 : photographie représentant une langue fissurée [32]

Ce symptôme peut avoir des impacts significatifs sur le confort et la qualité de vie des patients. Elle peut rendre la communication difficile. Elle rend également la mastication et la déglutition difficiles, ce qui peut conduire à une malnutrition et à une perte de poids. En outre, cela peut modifier les habitudes alimentaires habituelles, réduisant ainsi le plaisir de manger en raison d'une sensation gustative altérée ou diminuée [33].

En fin de vie, diverses causes de xérostomie coexistent et sont liées les unes aux autres [30]. Les causes les plus courantes sont les problèmes liés aux différentes pathologies, souvent aggravés par les effets secondaires des traitements médicamenteux et la déshydratation [9,30]. De nombreux médicaments utilisés durant cette période ont comme effets secondaires une xérostomie mais ils sont difficiles à arrêter, ce qui donne une xérostomie assez sévère [30]. La polythérapie, fréquente chez ces patients, accroît ce risque (*figure 5*). La xérostomie est un effet secondaire de plus de 500 médicaments dont 63% des plus prescrits⁶. Les traitements oncologiques, tels que la chimiothérapie et la radiothérapie pour les cancers cervico-faciaux, peuvent également endommager les glandes salivaires, entraînant une diminution de la salivation. Les vomissements fréquents et la respiration buccale sont également un facteur aggravant.

LA XÉROSTOMIE S'AGGRAVE SELON LA QUANTITÉ DE MÉDICAMENTS ABSORBÉE

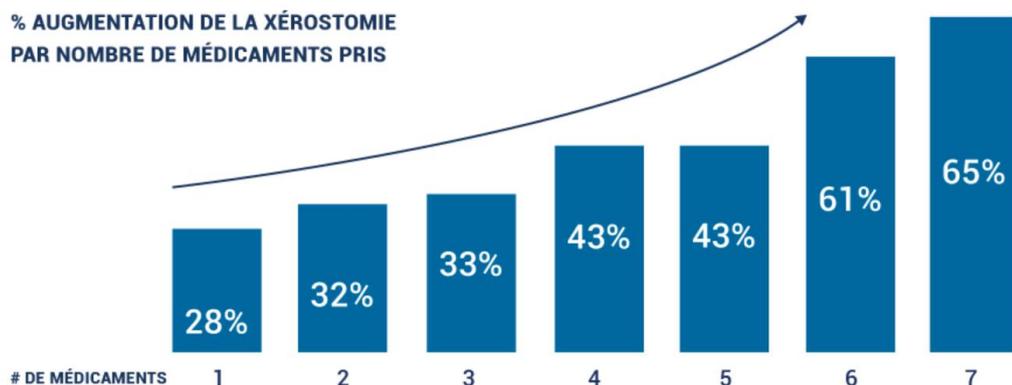


Figure 5 : Schéma représentant l'augmentation de la xérostomie en fonction du nombre de médicament pris⁶

⁶ Oralscience.com [Internet]. Xérostomie ; [cité 10 juill 2024]. Available from : <https://www.oralscience.com/fr/protocoles/xerostomie/>

Le traitement de la xérostomie est principalement symptomatique (*figure 6*). Tout d'abord, nous allons trouver les conseils pratiques quotidiens. Il est important de promouvoir l'hydratation adéquate des patients. Il est évoqué dans de nombreuses études, l'utilisation de glaçons, de sorbets [30]. L'utilisation de chewing-gums au xylitol ou sucer des bonbons acides, peuvent également stimuler la salivation. Les bonbons acides sont à utiliser avec précaution à cause du risque carieux : il faut rincer à l'eau la cavité buccale après utilisation et limiter leur utilisation. Cependant, pour les personnes grabataires, certains auteurs évoquent d'hydrater la bouche à l'aide d'une compresse imbibée de thé ou de jus d'ananas [11]. Le thé et le jus d'ananas, malgré leurs bienfaits décrits comme apparents, sont à utiliser avec précautions puisqu'il existe un risque d'érosion et un risque accru de caries à cause du sucre et de l'acidité. Il est préférable d'utiliser d'autres substituts.

Les préparations de salive artificielle peuvent aider à combattre l'inconfort dû à la xérostomie, mais n'en combattent pas l'étiologie. Les préparations de salive artificielle contiennent des molécules qui imitent les caractéristiques de surface et de viscosité de la salive [11]. Diverses formes de substituts à la salive existent : gels, aérosols, pastilles, bains de bouche à base de plantes et chewing-gums au xylitol [25,31]. Il faut éviter les solutions bucco-dentaires contenant de l'alcool, qui vont augmenter le dessèchement des muqueuses et des sensations de brûlure [11].

Enfin, il existe des traitements médicamenteux, les sialogogues qui induisent la sécrétion de la salive tels que les agonistes cholinergiques (chlorhydrate de pilocarpine, Salagem®), l'anéthole trithione (Surfalem®) qui améliore également la qualité salivaire (*figure 6*). Il est important de préciser que la teinture de Jaborandi (préparation magistrale) est également parfois utilisée car elle contient également de la pilocarpine, mais son efficacité est discutée et l'emploi du médicament allopathique, dont le dosage principe actif est plus constant, reste à privilégier. Il est important de respecter les indications de prescription et de faire attention aux contre-indications qui sont assez nombreuses pour le chlorhydrate de pilocarpine).

XEROSTOMIE

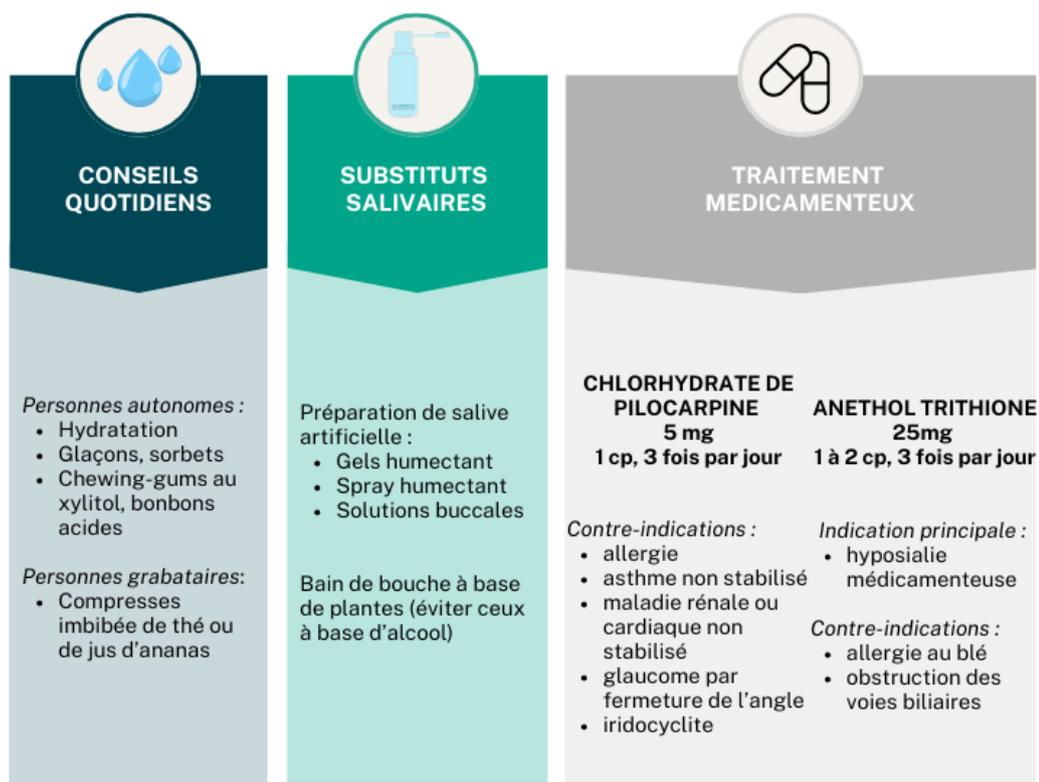


Figure 6 : Prise en charge de la xérostomie, document personnel élaboré d'après [11,25,30,31,34]

Il s'agit de la prise en charge de la xérostomie, en passant des pratiques quotidiennes, aux substituts salivaires puis au traitement médicamenteux. Il y a une gradation de gauche à droite des traitements. On commence par la gauche et si ça ne suffit pas, on augmente le niveau de prise en charge.

Il peut être envisageable de revoir les médicaments des patients pour identifier et, si possible, adapter les posologies ou substituer si possible ceux qui contribuent sévèrement à la sécheresse buccale. Cependant, durant cette période, les traitements des patients sont difficiles à diminuer ou à substituer. Il faut éviter tout compromis sur l'efficacité des traitements médicamenteux nécessaires [30].

L'amélioration de la sécheresse buccale peut permettre ainsi de résoudre d'autres problèmes bucco-dentaires qui en découlent [25].

3.2.2. Mucite

La mucite orale est une pathologie fréquente et pénible ressentie par de nombreux patients en soins palliatifs [35]. La mucite est une inflammation aiguë des muqueuses digestives. Elle peut toucher l'ensemble de l'appareil digestif : mucite orale au niveau de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures, mucite gastro-intestinale principalement au niveau de l'intestin grêle et rectite au niveau de la muqueuse rectale [36]. L'atteinte oropharyngée est la plus fréquente [36]. Sa prévalence est importante, mais elle varie considérablement en fonction des traitements reçus par le patient [36,37]. La mucite est souvent un effet secondaire aigu et douloureux des thérapies néoplasiques à savoir la chimiothérapie et la radiothérapie de la tête et du cou [25,36,37].

Sur un plan clinique, la mucite débute par un érythème avec des desquamations de certaines plages qui se transforment en véritables ulcérations, les aphtes [37]. Les signes cliniques d'une mucite sont l'inflammation, l'érythème, les ulcérations, les saignements et/ou les œdèmes de la muqueuse buccale, de la gencive et de la langue [35,36] (figure 2-4). Sa sévérité est appréciée grâce à un score établi par l'OMS [36,37]. L'échelle est basée sur trois éléments : la douleur, les signes cliniques et la possibilité de prise alimentaire [36] (figure 7).

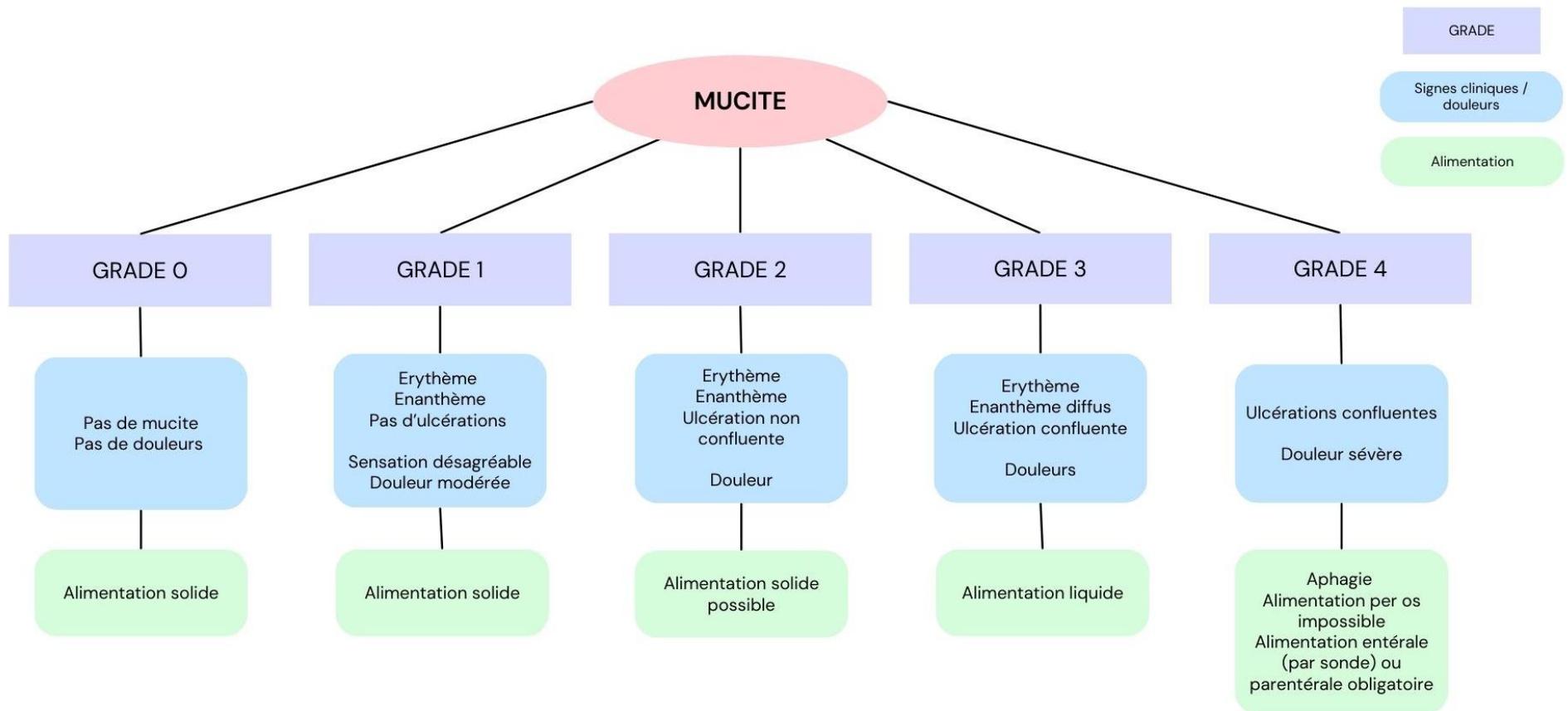


Figure 7 : Echelle OMS de gradation de sévérité de la mucite, document personnel adapté d'après [36–38] :
 Il y a 5 grades de mucite croissants en fonction de la sévérité.
 Les grades sont décrits par les signes cliniques, la douleur et l'alimentation.

Les mucites de grade 3 et 4 requièrent une vigilance importante et des soins intensifs et ont par définition un impact majeur sur le quotidien des patients [36].

Il existe une prise de conscience plus récente de l'impact des mucites sur la qualité de vie des patients [36]. Les douleurs qui sont associées représentent une complication importante par leur intensité et leur retentissement, en particulier sur la qualité de vie des patients [36]. Les mucites peuvent entraîner une atteinte fonctionnelle notamment pour la nutrition engendrant une dénutrition et la nécessité de la mise en place d'une nutrition parentérale [36,38]. Les douleurs provoquées par les mucites sont mal tolérées par le patient, et rendent la prise alimentaire ainsi que la phonation difficiles et douloureuses [25]. Les conséquences des mucites peuvent même parfois engager le pronostic vital du patient avec des risques d'infections plus sévères (bactérienne, virale, fongique) et des complications hémorragiques dues à l'atteinte de la barrière muqueuse chez des patients neutropéniques [36,38].

Afin d'éviter l'apparition de toute ulcération, il est primordial d'éliminer tous les facteurs de risque locaux traumatiques afin d'éviter tout risque de blessures muqueuses telles qu'un délabrement dentaire (dent cariée ou fracturée) ou une prothèse inadaptée aux bords saillants (par exemple avec une fracture non réparée) ou avec des crochets mal adaptés à une surface dentaire [11].

Le traitement de la douleur joue un rôle central dans la prise en charge des mucites associant traitements locaux et généraux, adaptés à l'intensité de la douleur [36]. La mucite nécessite très souvent le recours à des antalgiques très puissants de type morphinique [36]. Le traitement antalgique systémique doit être ajusté individuellement selon l'intensité de la douleur et la réponse du patient [36]. Le non-port temporaire des prothèses amovibles dentaires peut également soulager les muqueuses et favoriser leur cicatrisation.

Les anesthésiques locaux topiques sont aussi indiqués pour diminuer la douleur des mucites notamment le badigeonnage d'anesthésiques locaux topiques tels que de la xylocaïne en crème ou en sprays [11] (*figure 8*). Il subsiste

tout de même des risques à leur utilisation : ils inhibent le réflexe de déglutition et augmentent le risque de broncho-aspiration [11].

Des adjuvants au bain de bouche au bicarbonate peuvent être ajoutés : antifongiques, anti-inflammatoires, anesthésiques locaux, antalgiques, cytoprotecteurs.

Des bains de bouche froids, l'application d'acide tranexamique sur des compresses et l'eau oxygénée peuvent être appliqués pour calmer les gingivorragies dues aux mucites.

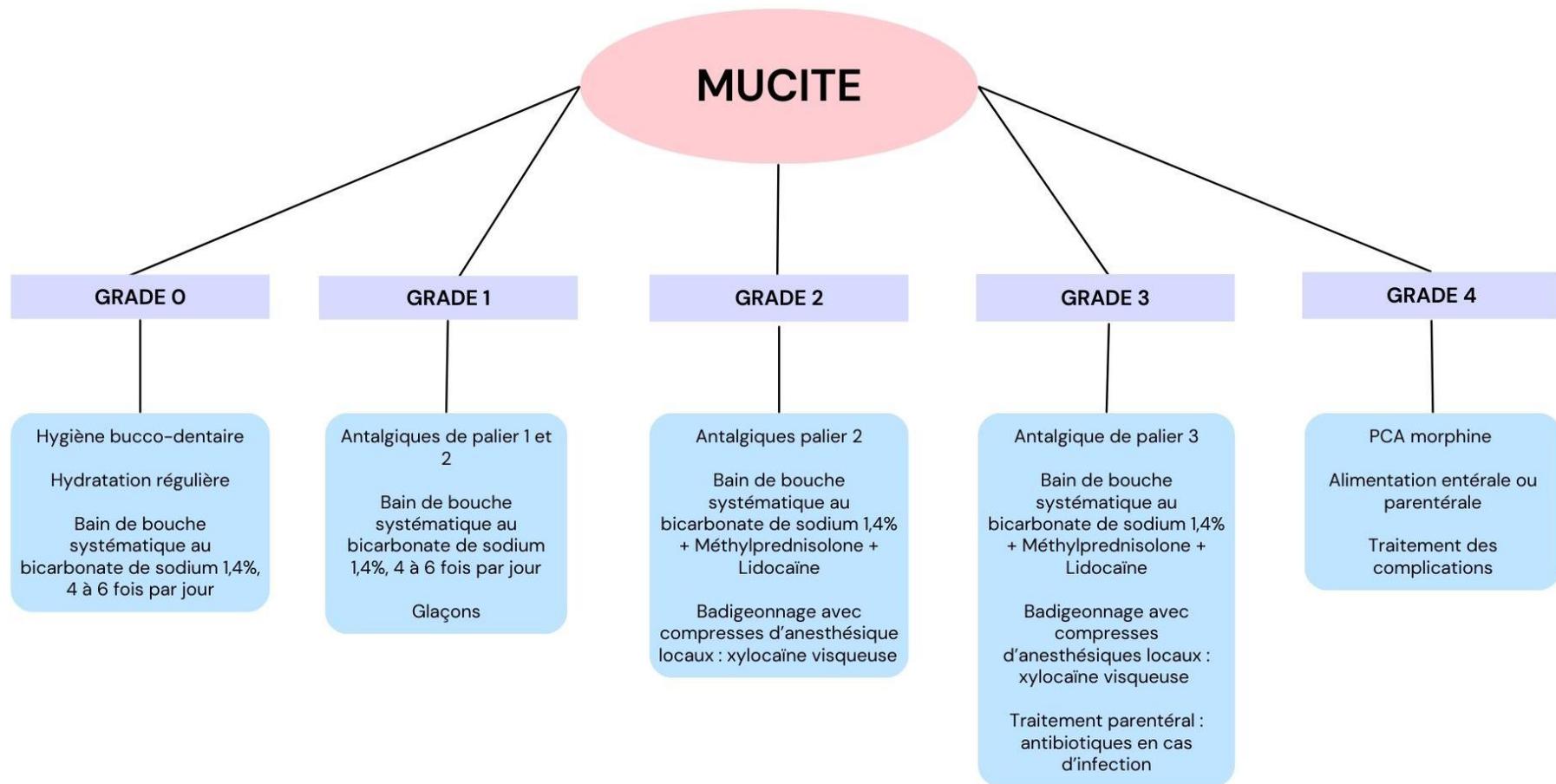


Figure 8 : Prise en charge des mucites en fonction de leur sévérité, document personnel élaboré adapté d'après [36,38]

Le traitement est ajusté en fonction des grades.

Le grade 0 se cantonne à des mesures préventives d'hygiène.

De façon croissante à la sévérité, des antalgiques systémiques et locaux sont intégrés, adaptés à la douleur.

En prévention de la mucite, la cryothérapie avec une pierre glacée ou de la glace dans la cavité buccale peut être pratiquée et diminue le risque de mucite, leur degré de gravité et la durée des douleurs concomitantes. Il faut le réaliser pendant les cycles de chimiothérapies à savoir 5 minutes avant et 30 minutes après chimiothérapie [25].

La thérapie laser de faible intensité est également indiquée pour réduire la sévérité et l'incidence des mucites [25,39].

3.2.3. Candidose

La candidose orale est fréquente chez les patients en soins palliatifs. Son incidence est estimée à 70% à 85% [7]. L'espèce de levure la plus fréquemment rencontrée dans la candidose est le *Candida albicans* [7]. Les espèces de *Candida* se trouvent naturellement dans la population générale sans pour autant être pathologique [11]. Cependant, la proportion de *Candida* augmente énormément chez les patients présentant une pathologie tumorale en phase terminale [11]. Il s'agit d'une infection opportuniste qui survient chez les patients dont les défenses immunitaires sont amoindries [11].

Les facteurs prédisposants sont multiples : une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une mauvaise alimentation, le tabac, le port de prothèses amovibles, une immunodépression, le diabète, l'utilisation d'antibiotiques à large spectre et de la prise de corticoïdes [7]. Chez les patients en soins palliatifs, la candidose apparaît principalement à cause de la xérostomie et le port de prothèses, en particulier si l'hygiène de celle-ci est défaillante [7,25]. L'hypofonctionnement des glandes salivaires va diminuer la fonction de nettoyage de la salive, réduire son pH et limiter ses capacités de défense contre les agents infectieux, favorisant donc la prolifération du *Candida* [25].

Les signes cliniques de la candidose buccale sont des dépôts blanchâtres accompagnés de lésions rougeâtres et localisés à l'intérieur des joues, sur le palais, sur la langue et à la commissure des lèvres (*figure 9 et 10*). Cela peut être associé à une perte d'appétit, un inconfort pendant l'alimentation, une sensation de brûlure ou un goût métallique dans la bouche.



Figure 9 : Photographie d'une arcade maxillaire atteinte de candidose [40]



Figure 10 : Photographie d'une langue atteinte de candidose [40]

Il existe plusieurs types de candidoses buccales. Initialement, la candidose se présente sur une forme pseudomembraneuse avec de petites plaques blanches détachables entourées de zones érythémateuses [7]. La candidose érythémateuse, survenant secondairement après desquamation des plaques blanches, apparaît sous forme de lésions rouges, et est fréquemment retrouvées au niveau du palais dur et de la langue [7]. Elle est principalement dû au port des prothèses amovibles (*figure 11*), en particulier en cas de nettoyage insuffisant [25]. La candidose hyperplasique est une forme chronique de candidose pseudomembraneuse avec des lésions blanches non détachables [7]. La chéilite angulaire (ou perlèche) apparaît sous formes de fissures rouges et blanches émanant des commissures des lèvres [7].

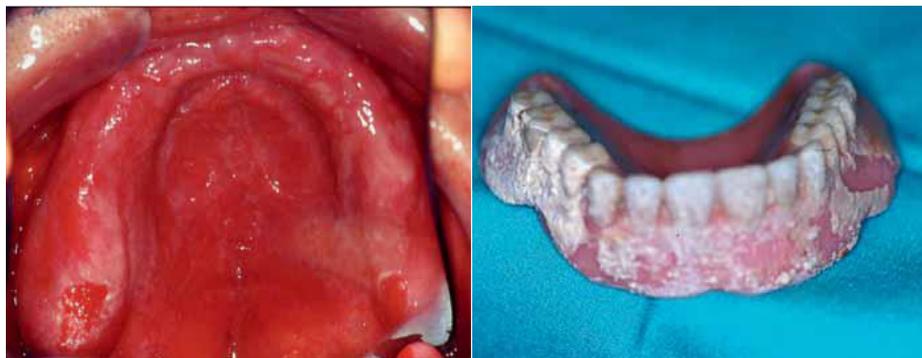


Figure 11 : Candidose située sur les muqueuses du maxillaire et la prothèse maxillaire portée par le patient non nettoyé [11]

Le traitement préventif consiste à avoir une hygiène bucco-dentaire correcte et régulière ainsi que réaliser le nettoyage quotidien des prothèses amovibles [11,25]. Il est important de ne pas porter les prothèses amovibles la nuit, de les laisser au sec pour diminuer le risque de survenue de candidose buccale [11,24] (*figure 12*).

Le traitement curatif de la candidose buccale comprend des médicaments antifongiques topiques et systémiques [7]. En traitement antifongique local (9), il peut être prescrit de l'amphotéricine B⁷, de la nystatine⁸ et du miconazole⁹ [11] (*figure 12*).

Le fluconazole¹⁰ est l'antifongique systémique prescrit en cas d'échec des antifongiques locaux [7]. La posologie du fluconazole est de 200 à 400 mg le premier jour puis 100 à 200 mg par jour pour les candidoses des muqueuses, la durée du traitement varie selon la gravité des lésions.

⁷ [vidal.fr \[Internet\]. Substance active amphotéricine B ; \[cited 2024 Jul 31\]. Available from : https://www.vidal.fr/medicaments/substances/amphotericine-b-314.html](https://www.vidal.fr/medicaments/substances/amphotericine-b-314.html)

⁸ [vidal.fr \[Internet\]. Substance active nystatine ; \[cited 2024 Jul 31\]. Available from : https://www.vidal.fr/medicaments/substances/nystatine-2534.html](https://www.vidal.fr/medicaments/substances/nystatine-2534.html)

⁹ [vidal.fr \[Internet\]. Substance active miconazole ; \[cited 2024 Jul 31\]. Available from : https://www.vidal.fr/medicaments/substances/miconazole-2376.html](https://www.vidal.fr/medicaments/substances/miconazole-2376.html)

¹⁰ [Vidal.fr \[Internet\]. Gamme de médicaments FLUCONAZOLE EG ; \[cited 2024 Jul 31\]. Available from : https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/fluconazole-eg-31167.html](https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/fluconazole-eg-31167.html)

CANDIDOSE

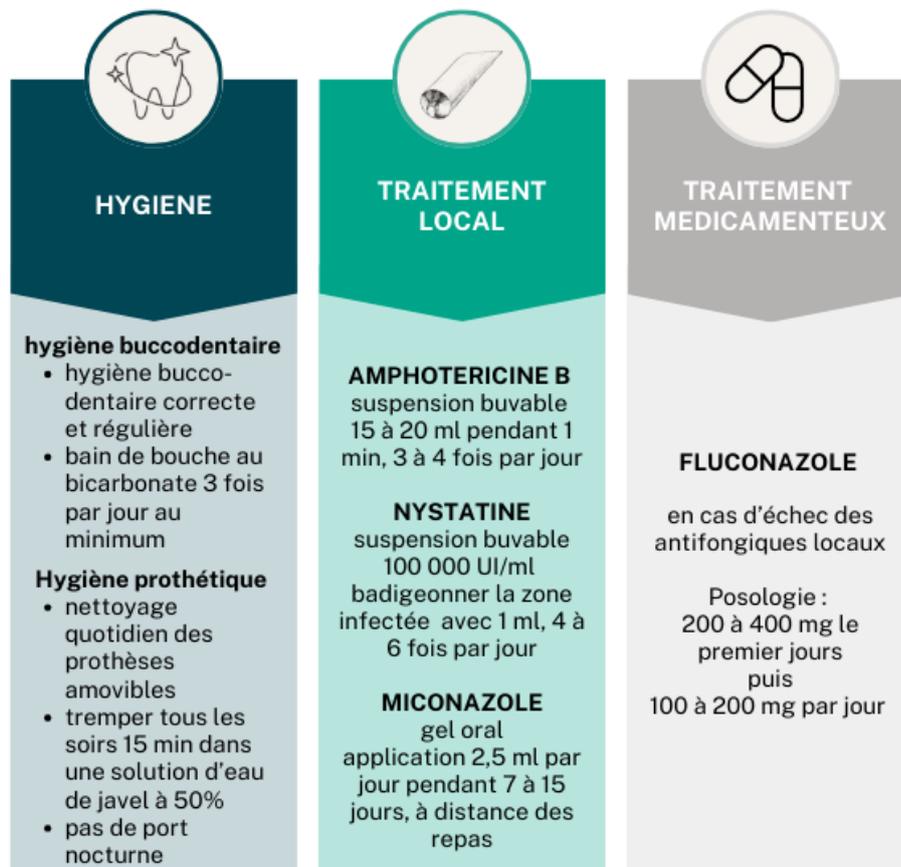


Figure 12 : Prise en charge de la candidose buccale, document personnel élaboré d'après [7, 11, 24, 25]

La candidose buccale a une prise en charge en 3 étapes : en premier lieu, l'hygiène bucco-dentaire et des prothèses, puis les antifongiques locaux et si échec de ces traitements, alors mises en place des antifongiques systémiques

3.2.4. Dysgueusie

La dysgueusie est une altération du goût, qui peut être temporaire ou définitive. Elle est fréquente chez les patients en soins palliatifs avec une prévalence d'environ 56% à 76%, notamment chez les patients sous chimiothérapie (atteinte réversible) ou ayant reçu une radiothérapie de la tête et du cou (atteinte plus durable, notamment liée à la destruction locale des récepteurs gustatifs) [18,41].

La dysgueusie est un des effets indésirables de nombreux médicaments : agents kératosiques, chimiothérapie, traitement anticancéreux, antihistaminique,

antibiotique, IEC, angiotensine, analgésique, antidépresseur, biphosphonate... [25]. Les récepteurs du goût ont un renouvellement relativement rapide, donc la dysgueusie commence généralement à diminuer quelques semaines ou mois après la fin du traitement par chimiothérapie, et au bout d'un an, la plupart des patients ont une fonction gustative normale ou presque normale [41]. Chez certains patients, ce processus peut durer plus longtemps ou être permanent [41]. Cette altération du goût peut également être exacerbée par des nausées, des vomissements et une xérostomie [7].

La dysgueusie a une grande influence sur la fonction orale, sur l'état nutritionnel et sur la qualité de vie des patients [25]. Elle peut entraîner une perte d'appétit et une aversion pour certains aliments, aggravant ainsi l'état nutritionnel du patient.

L'efficacité de la prise en charge repose sur la suppression de l'étiologie et donc d'envisager selon le contexte médical la possibilité de remplacer ou d'ajuster les médicaments responsables afin de réduire les effets secondaires indésirables sur le goût [25]. Cependant, il est difficile d'arrêter ou de substituer les traitements chez les patients en soins palliatifs.

L'amélioration et le maintien de l'hygiène bucco-dentaire est également essentielle pour minimiser les altérations du goût et améliorer le confort du patient [25].

Le traitement de la dysgueusie peut également reposer sur d'autres possibilités visant à limiter sa progression ou sa perception comme une supplémentation en zinc [18] ou l'utilisation d'exhausteurs aromatiques tels que le glutamate monosodique ou des épices peuvent également être utilisés pour améliorer, intensifier le goût des aliments [18,41]. La prescription d'agents anti-xérostomie est également recommandé [25].

La photobiomodulation, une technique qui utilise la lumière pour stimuler la régénération tissulaire et réduire l'inflammation, peut aussi être envisagée pour atténuer les symptômes [25]. Cependant, son application en soins palliatifs présente de nombreux défis. Le traitement est complexe et nécessite un équipement spécifique, ce qui peut rendre la mise en place difficile comme des contraintes logistiques, les patients ne sont pas forcément déplaçables. De plus, le plan de traitement peut être fastidieux et il est nécessaire d'avoir des séances

régulières pour obtenir des résultats significatifs, ce qui n'est pas forcément adéquat chez les personnes en soins palliatifs.

Actuellement, il n'existe cependant aucun traitement fondé sur des données probantes pour les altérations persistantes du goût [41].

3.2.5. Halitose

L'halitose, mauvaise haleine est principalement d'origine buccale mais peut également être d'origine ORL ou systémique. Elle est l'une des plaintes bucco-dentaires les plus courantes des patients en soins palliatifs.

Le plus souvent, elle est liée à une mauvaise hygiène buccale, à des problèmes dentaires, à des maladies parodontales, à des infections ou à une xérostomie.

La qualité de vie se retrouve amoindri chez un patient souffrant d'halitose. Elle peut être source de gêne, de honte et de détresse pour les patients. L'halitose impacte les relations sociales des patients en soins palliatifs, moment où leur entourage leur rend visite pour leur dernier instant [41]. L'halitose affecte la communication mais également l'estime de soi et la confiance en soi.

Le traitement de l'halitose consiste principalement en la suppression de sa cause [41]. Il peut être intéressant si cela est possible de faire intervenir un chirurgien-dentiste afin d'éliminer toutes causes dentaires ou parodontales. Si l'halitose provient d'une cause dentaire ou parodontale alors un traitement est instauré [42].

La réalisation d'une hygiène bucco-dentaire idéalement méticuleuse est importante. Pour qu'elle soit la plus complète possible, le passage du brossage interdentaire avec préférentiellement des brossettes interdentaires ou sinon avec du fil dentaire devrait être réalisé ainsi que le nettoyage de la langue avec un grattoir [41,42]. Il s'agit de l'idéal, de nombreuses contraintes actuelles complexifient la prise en charge, le manque de temps, de formation et le dégoût face à la cavité buccale du personnel soignant mais également les contraintes de coopérations du patient. Le patient autonome peut réaliser cette routine seul si possible, contrairement aux personnes grabataires, qui ont nécessairement besoin du personnel soignant.

Les produits alternatifs les plus couramment utilisés sont le chewing-gum et les bains de bouche [42]. Les bains de bouche contiennent souvent des composants antibactériens comme la chlorhexidine ou des composants neutralisants comme le zinc et peuvent également contenir des agents aromatisants pour masquer les odeurs [42]. L'utilisation de bain de bouche à base de chlorhexidine peut améliorer l'hygiène bucco-dentaire et réduire l'halitose [41]. Cependant, comme évoqué précédemment, il faut éviter les solutions contenant de l'alcool parce qu'elles ont un effet desséchant et peuvent provoquer des douleurs en présence de mucites ou d'ulcérations [41]. Également, ces produits n'ont qu'un effet masquant et ne sont donc pas en mesure d'influencer la cause [42]. L'halitose reviendra à l'arrêt des bains de bouche.

Si le mauvais goût, arrière-goût ou odeur persistent après les soins d'hygiène, il peut être proposé l'utilisation d'un spray aromatisé [43], ce qui constitue là encore une solution ponctuelle et à effet réversible à très court terme.

La prescription d'un traitement antibiotique de courte durée afin d'éliminer les bactéries anaérobies a également été décrit dans la littérature [41]. D'après plusieurs auteurs, le métronidazole, en ciblant efficacement certaines bactéries responsables de l'halitose, se serait être un traitement prometteur pour réduire les symptômes de cette condition, surtout en complément d'une hygiène bucco-dentaire [44].

3.2.6. Prothèses amovibles inadaptées

Les doléances des patients en soins palliatifs aux sujets de leurs prothèses sont fréquentes. Les prothèses dentaires inadaptées, tant sur le plan esthétique que fonctionnel, posent de nombreux défis, en particulier chez les patients en soins palliatifs.

Le remplacement des dents manquantes dans le cadre de soins palliatifs peut être réalisé avec des prothèses amovibles transitoires partielles ou complètes [41]. Les prothèses amovibles peuvent rapidement améliorer ou restaurer la fonction tels que manger, parler, avaler et l'esthétique [41].

Dans le cadre des soins palliatifs, l'aspect esthétique de la cavité buccale revêt une importance particulière, car elle participe à l'apparence faciale. Pour encourager les interactions sociales et le soutien familial, l'esthétique faciale et buccale est essentielle, renforçant la dignité et l'estime, le respect de soi [10,41]. La réalisation d'une prothèse amovible complète maxillaire ou d'une prothèse partielle simple à visée purement esthétique peut être effectuée rapidement et constitue parfois le service le plus bénéfique disponible [10,11].

La réalisation de prothèses à but esthétique ou fonctionnel est un réel défi en raison des conditions physiques du patient, le patient peut être diminué avec la maladie, les traitements, ce qui peut entraîner un manque de coopération. De plus, la réalisation de prothèses nécessite des étapes, et une prise en charge au fauteuil, qui peut sembler fastidieuse pour nombre de patients. Le plus important est d'essayer au maximum de satisfaire la volonté du patient et discuter avec lui des différentes possibilités de prise en charge.

En raison de la détérioration de la forme de la cavité buccale, souvent liée à l'amaigrissement ou à la fonte musculaire faciale, les patients ont des difficultés à porter leurs prothèses devenues instables, voire trop grandes, compromettant ainsi leur ajustement et leur rétention [24,45].

Pour remédier à ces difficultés, l'application d'une crème fixatrice peut être envisagée et accessible pour le personnel soignant. Elle permettra d'améliorer la rétention de la prothèse de façon immédiate mais limitée et provisoire. Chaque jour, l'application doit être réitérée. Il est nécessaire de réaliser chaque soir après le port de la prothèse un nettoyage rigoureux des prothèses et des muqueuses afin d'éliminer tous les résidus de crème adhésive.

Il est intéressant de faire intervenir le chirurgien-dentiste lorsque l'utilisation de la crème fixatrice devient insuffisante pour assurer une rétention et une stabilité adéquate et pour nombre de problèmes. Afin d'améliorer la rétention et la stabilité de la prothèse amovible, il est possible de réaliser un rebasage des prothèses [41] à la résine acrylique à prise retardée ou un rebasage direct à la résine dure ou un rebasage au laboratoire. Ces trois options présentent des avantages et des inconvénients et ne sont pas accessibles pour tous. L'option la plus adéquate semble être le rebasage à la résine acrylique à prise retardée car elle permet de réaliser une réfection des bases prothétiques rapides, possiblement au chevet du patient et elle permet la régénération des tissus

traumatisés et la cicatrisation des ulcérations. Pour les deux dernières options, la prise en charge est plus longue, et pour la dernière option, elle laisse le patient patienter pendant plusieurs jours sans prothèses, ce qui dans ce contexte, n'est pas forcément la bonne solution. La décision est à prendre en fonction du patient, de sa décision, de sa coopération, de la logistique. Le rebasage permet d'obtenir une prothèse nouvellement adaptée aux arcades du patient.

D'autres interventions sur les prothèses peuvent être réalisés pour différentes raisons. Au niveau des crochets, il est possible de resserrer les crochets des prothèses amovibles dans le but d'améliorer la rétention et la stabilité des prothèses. Si le patient se plaint de douleurs ou bien de lésions traumatisantes liées à sa prothèse, une intervention pour éliminer les surextensions et polir les bords prothétiques blessants est nécessaire. Ce sont des interventions accessibles et réalisables facilement, même en chambre au lit du patient à condition d'être doté du matériel nécessaire et d'avoir un chirurgien-dentiste disponible, intégré à l'équipe de soin. Toutes ses interventions permettront d'améliorer le confort et la qualité de vie des patients.

Il est donc essentiel que le personnel soignant soit attentif à ces problèmes afin de maintenir la qualité de vie du patient en réhabilitant une fonction et une esthétique buccale adéquate.

3.2.7. Pathologies dentaires et parodontales

Il existe un risque accru de développement de lésions carieuses en soins palliatifs au vu de la consommation de glucides faciles à consommer et du manque d'hygiène bucco-dentaire à cause de la perte d'autonomie des patients, de leur fatigue [25] (*figure 13*). En cas d'hygiène bucco-dentaire défectueuse, il y a une accumulation de plaques et des débris alimentaires dans la cavité buccale auxquels peut s'ajouter une potentielle hyposalivation entraînant donc une augmentation de la susceptibilité à la déminéralisation des dents [25].

Les dents avec des caries actives peuvent provoquer des douleurs et des inconforts dans la phase terminale de la vie, entravant l'alimentation et compromettant le bien-être [25]. Des lésions carieuses actives peuvent entraîner une atteinte endodontique tels qu'une pulpite irréversible entraînant des douleurs intenses, entravant l'alimentation ou le bien-être. Une nécrose pulpaire peut

subvenir et entraîner des infections chroniques ou aigus tels qu'une parodontite apicale ou un abcès apical. Chacune de ses infections provoquent des douleurs aiguës. L'un des plus gros risques en soins palliatifs est que l'infection dégénère en cellulite en cas d'immunodépression. Le diagnostic de ses problèmes doit être effectué par un chirurgien-dentiste dans la mesure du possible pour pouvoir adapter le traitement.



Figure 13 : Photographie représentant une cavité buccale avec hygiène bucco-dentaire défailante et atteinte de nombreuses lésions carieuses au niveau des collets après radiothérapie [41]

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire et les problèmes de santé des patients peuvent également donner lieu à des maladies parodontales. Les signes cliniques d'une maladie parodontale est une gencive œdématisée, érythémateuse et lisse, des récessions gingivales généralisées, une tendance au saignement, une halitose, une présence de tartre et de plaques en abondance.

Le traitement préventif consiste à maintenir ou rétablir une hygiène bucco-dentaire optimum, améliorer la qualité et la fréquence des soins d'hygiène bucco-dentaire dans la mesure du possible [25]. Pour le patient autonome, cette tâche lui incombe s'il est physiquement capable de réaliser le brossage lui-même. Pour le patient grabataire, le personnel soignant, ou les aidants lorsque cela est possible, peuvent s'en charger. Même en cas de contraintes de temps, de coopération du patient, un simple nettoyage des muqueuses et des arcades dentaires à l'aide de compresses imbibées de bain de bouche permettra de maintenir une hygiène minimale.

Les mesures préventives, comme l'application de vernis fluoré, sont particulièrement importantes pour limiter le développement des caries, prévenir

les infections, réduire la douleur et améliorer la qualité de vie. Le vernis fluoré, dont l'efficacité est prouvée, constitue une solution adaptée pour les personnes âgées, souvent confrontées à des comorbidités qui compliquent l'accès aux soins dentaires [46]. L'utilisation de produits fluorés est particulièrement bénéfique pour les patients ayant des difficultés à maintenir une hygiène buccale quotidienne. Ces produits aident à réduire l'apparition de nouvelles lésions, à freiner la progression des lésions existantes et, par conséquent, à limiter le besoin de soins plus complexes [46].

Le fluorure diamine d'argent peut être utilisé pour traiter les dents atteintes d'une carie. Le traitement au SDF est rapide, indolore et permet de stopper la progression carieuse. Le traitement au SDF peut permettre d'éviter le recours à des traitements plus invasifs tels que l'extraction, les restaurations. Il est sans risque et n'engendre pas d'effets néfastes connus. L'application du SDF entraîne cependant une coloration noire, un effet secondaire qui peut sembler inesthétique. Dans le cadre des soins palliatifs, ce risque peut être jugé acceptable, en particulier dans les secteurs postérieurs, ou nécessaire en fonction du confort recherché par le patient. Il est important d'en discuter avec le patient et de le laisser libre de choisir sa prise en charge. Il est contre-indiqué chez les patients allergiques à l'argent, ou ayant des lésions ou des plaies dans la bouche. L'application de SDF peut arrêter de manière significative les caries et réduire l'incidence de nouvelles caries. Son efficacité a été prouvée pour arrêter et prévenir les lésions carieuses radiculaires chez les personnes âgées. Les preuves suggèrent également que le SDF est efficace pour réduire l'hypersensibilité dentinaire dans la dentition adulte. Le SDF peut également être efficace dans la prévention et l'arrêt des caries coronaires chez les adultes ; cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer son efficacité et standardiser les protocoles d'utilisation [47].

L'application de vernis fluoré et celle du SDF sont facilement réalisable, rapidement et aisément même au lit du patient, ce qui permet de pouvoir réaliser ces actes sans contraintes logistiques, à condition d'avoir un chirurgien-dentiste référent intégrée à l'équipe pluridisciplinaire.

Lorsque la douleur provient des tissus dentaires ou parodontaux, des interventions dentaires, telles que le détartrage et le surfaçage radiculaire, la restauration dentaire, le traitement endodontique ou l'extraction dentaire,

peuvent être utiles en fonction du diagnostic dentaire. Le plus important est de mettre en place des mesures thérapeutiques pour stopper la progression des lésions carieuses, endodontiques et des maladies parodontales afin de préserver la fonction dentaire et de soulager le patient, maintenir bien-être et confort [25]. Le traitement bucco-dentaire doit être personnalisé en fonction de l'état systémique du patient et de la volonté du patient [41]. En effet, des contraintes logistiques et temporels peuvent compromettre la mise en place de ses soins. Pour la réalisation de la majorité de ces soins, il est nécessaire de les réaliser au cabinet dentaire, il faut donc que le patient soit déplaçable. De plus, il peut s'agir de séances particulières longues pour certains des soins, les rendant compliqué à réaliser chez ce type de patient. Il s'agit d'analyser au cas par cas de la possibilité de réalisation des actes en prenant contact avec le chirurgien-dentiste.

Les dents gravement cariées et gravement compromises sur le plan parodontal doivent être extraites en fonction de l'état de santé du patient, car cela améliore le confort du patient pour la prise de nourriture [7]. La réhabilitation des dents manquantes doit idéalement être effectuée pour améliorer l'efficacité masticatoire dans la mesure du possible [7].

Les problèmes buccodentaires chez les patients en fin de vie sont intrinsèquement liés et peuvent créer un cercle vicieux, où chaque symptôme ou problème peut exacerber les autres. Cette interdépendance souligne l'importance d'une prise en charge globale du patient et l'importance d'intégrer des soins buccodentaires en soins palliatifs. En cas d'altération importante, des soins de bouche thérapeutiques doivent être mis en place au plus tôt, afin d'en améliorer l'état le plus rapidement possible [15].

3.3. Aide à l'orientation de la prise en charge de l'équipe médicale et paramédicale

Ce travail permet de réaliser une proposition d'aide à l'orientation de la prise en charge de l'équipe médicale et paramédicale issu de cette réflexion (*tableau 2*).

Tableau 2 : Tableau récapitulatif d'élaboration personnelle d'aide à la prise en charge des problèmes bucco-dentaires les plus courants et destiné à l'équipe médicale et paramédicale

PROBLEMES	SIGNES CLINIQUES	PRISE EN CHARGE
XEROSTOMIE	<p>Salive épaisse et filante Langue dépapillée et fissurée Candidose, mucite Augmentation des lésions carieuses</p> <p>Sensation de brûlure Douleurs Difficultés à la mastication, à la déglutition, à la phonation Altérations du goût</p>	<p>Révision si possible des traitements médicamenteux susceptibles d'être à l'origine de la xérostomie</p> <p>Hydratation régulière Utilisation de glaçons, de sorbets Substituts salivaires : gels, aérosols, pastilles, bain de bouche, chewing-gums au xylitol → éviter les bains de bouches à base d'alcool (dessèchement des muqueuses)</p> <p><i>Personnes dépendantes</i> : compresse imbibée de thé ou jus d'ananas (vis-à-vis du risque carieux, prévoir rinçage à l'eau)</p> <p><u>Traitement médicamenteux (en l'absence de contre-indications)</u> : chlorhydrate de pilocarpine, anethol trithione</p>
MUCITE	Grade 0 : pas de mucite, pas de douleurs, alimentation solide	Grade 0 : hygiène bucco-dentaire, hydratation, bain de bouche au bicarbonate de sodium 1,4 % 4 à 6 fois par jour
	Grade 1 : érythème, énanthème, pas d'ulcérations, douleur modérée, sensation désagréable, alimentation solide	Grade 1 : antalgiques de palier 1 et 2, glaçons, bain de bouche au bicarbonate de sodium 1,4 % 4 à 6 fois par jour
	Grade 2 : érythème, énanthème, ulcération non confluyente, douleur, alimentation solide possible	Grade 2 : antalgiques palier 2, bain de bouche au bicarbonate de sodium 1,4 % + méthylprednisolone + lidocaïne, compresses de xylocaïne visqueuse
	Grade 3 : érythème, énanthème diffus, ulcération confluyente, douleurs, alimentation liquide	Grade 3 : antalgiques palier 3, bain de bouche au bicarbonate de sodium 1,4 % + méthylprednisolone + lidocaïne, compresses de xylocaïne visqueuse, antibiotiques si infection

	Grade 4 : ulcérations confluentes, douleurs sévères, aphagie, alimentation entérale ou parentérale	Grade 4 : PCA morphine, Alimentation entérale ou parentérale
CANDIDOSE	<p>Dépôts blanchâtres +/- lésions rougeâtres Localisation : palais, joues, langue, commissure des lèvres</p> <p>Perte d'appétit, gêne à l'alimentation Sensation de brûlure Goût métallique Douleurs diffuses</p>	<p>Amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et de l'hygiène des prothèses Proscrire le port nocturne des prothèses Bain de bouche au bicarbonate de sodium <u>Traitement médicamenteux topiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amphotéricine B : suspension buvable de 100 mg/ml en bain de bouche 15 à 20 ml pendant 1 min, 3 à 4 fois par jour - Nystatine : suspension buvable de 100 000UI/ml à badigeonner sur la zone douloureuse, 4 à 6 fois par jour - Miconazole : gel oral que l'on applique sur la zone à distance des repas <p><u>Traitement médicamenteux systémiques</u> : Fluconazole en cas d'échec des traitements locaux → 200 à 400 mg le 1^{er} jour puis 100 à 200 mg par jour</p>
DYSGUEUSIE	Altération du goût	<p>Révision si possible des traitements médicamenteux susceptibles d'être à l'origine de la dysgueusie Amélioration et maintien de l'hygiène bucco-dentaire Gestion de la xérostomie Supplémentation en zinc Glutamate monosodique et épices dans l'alimentation</p>
HALITOSE	<p>Haleine malodorante Mauvaise hygiène bucco-dentaire Problèmes dentaires, parodontaux Xérostomie potentiellement associée</p>	<p>Hygiène bucco-dentaire méticuleuse : brossettes interdentaires et grattoir pour la langue Chewing-gums Bain de bouche chlorhexidine sans alcool Spray aromatisé Référer à un chirurgien-dentiste afin d'éliminer toute cause dentaire ou parodontale</p>

<p>PROTHESES AMOVIBLES INADAPTEES</p>	<p>Lésions traumatiques en regard des bords prothétiques</p> <p>Perte de rétention et de stabilité de la prothèse</p>	<p>Lésions traumatiques : Application d'un gel topique ou d'un gel anesthésiant (xylocaïne) Eviter le port de la prothèse le temps de la cicatrisation Référer impérativement à un chirurgien-dentiste pour éliminer l'étiologie</p> <p>Perte de rétention et de stabilité : Application de crème fixatrice (à renouveler après nettoyage optimal des résidus) Si la crème fixatrice ne suffit pas : référer à un chirurgien-dentiste</p>
<p>PATHOLOGIES DENTAIRES ET PARODONTALES</p>	<p>Problèmes dentaires : Douleurs intenses à la mastication, douleurs au froid, irradiante, entravant l'alimentation, le sommeil, Présence de lésions carieuses (couleur noire ou brunâtre), perte de substance Tuméfaction de la face (potentielle cellulite)</p> <p>Maladies parodontales : Gencive érythémateuse, lisse et œdématisée, tendance au saignement, Présence de plaque dentaire et de tartre, Douleur, déchaussement, mobilité dentaire</p>	<p>Amélioration de l'hygiène bucco-dentaire Réalisation de bain de bouche sans alcool si patient autonome, ou application de bain de bouche à l'aide de compresses pour les patients dépendants Réalisation de bain de bouche à la chlorhexidine (durée maximale de 6 semaines) Référer à un chirurgien-dentiste selon le degré d'urgence</p> <p>Si cellulite : prescription d'acide clavulanique-amoxicilline 2g/j pendant 7 jours ou si allergie clindamycine 1200mg/j pendant 7 jours → référer impérativement à un professionnel de santé</p>

CONCLUSION

La prise en considération de la santé orale chez les patients en soins palliatifs est cruciale. Elle permet d'améliorer la qualité de vie et le confort des patients en fin de vie. Bien que souvent relégués au second plan, les soins bucco-dentaires en soins palliatifs permettraient d'épargner beaucoup de souffrances chez les patients. Les soins bucco-dentaires ne sont pas seulement une question de santé orale, mais ils ont des implications importantes sur le bien-être global des patients en soins palliatifs. Il est ainsi essentiel de fournir une prise en charge attentive et optimale avec des soins buccodentaires appropriés et de soulager les symptômes prenant siège au niveau de la cavité buccale. Une évaluation régulière de l'état buccal, des soins d'hygiène appropriés, et une gestion des symptômes peuvent aider à prévenir et à soulager les problèmes bucco-dentaires.

Une attention particulière des soignants sur la prévention et le traitement de ces symptômes est essentielle pour leur assurer une prise en charge globale et optimale, une qualité de vie améliorée et une fin de vie digne [9]. L'élaboration de protocole standardisé et de procédures efficaces fondées sur des données probantes permettrait d'uniformiser et d'améliorer la prise en charge des symptômes bucco-dentaires en soins palliatifs. Il est urgent de mener des actions sur ces questions afin d'obtenir des procédures nationales et internationales fondées sur des données probantes [9]. L'intégration d'un chirurgien-dentiste aux équipes de soins palliatifs permettrait de prendre en charge plus rapidement les symptômes bucco-dentaires. Quand le chirurgien-dentiste fait partie de l'équipe hospitalière une amélioration de 37,25 % de la précision des diagnostics des lésions buccales [25]. Le chirurgien-dentiste peut aider à la gestion des douleurs liées aux dents, aux prothèses ou aux muqueuses. Il peut également aider au maintien ou à la restauration de l'esthétique ou de la fonction masticatoire.

Le plus important reste laisser le patient au centre de sa prise en charge. L'idéal n'est pas recherché en soins palliatifs mais le confort et le bien-être du patient. Le patient en soins palliatifs, contexte assez difficile, se doit de partager sa volonté, et nous devons nous centrer sur son motif de consultation, ses attentes en termes de santé orale et s'adapter au maximum du possible.

Nombreuses sont les possibilités d'évolution pour faciliter et augmenter la prise en charge bucco-dentaire en soins palliatifs : de façon non exhaustive

l'intégration des chirurgiens-dentistes à l'équipe pluridisciplinaire, le développement de la télédentisterie, l'élaboration de procédures nationales ou internationales. Les enjeux actuels sont donc de multiplier ces pistes et de généraliser leur usage pour améliorer le quotidien des patients en fin de vie en soins palliatifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cours des comptes. LES SOINS PALLIATIFS. Une offre de soins à renforcer. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2023.
2. Cousin F, Gonçalves T, Dauchy S, Marsico G. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France Troisième édition - 2023.
3. Villarosa AR, Agar M, Kong A, Sousa MS, Harlum J, Parker D, et al. The perceptions of palliative care medical practitioners towards oral health : A descriptive qualitative study. *Palliat Med.* 2024;38(3):310-9.
4. Funahara M, Soutome S, Otsuru M, Sakamoto Y, Honda H, Ikegami Y, et al. Dental needs in palliative care and problems in dental hygienist education: survey study of palliative care ward homepage, university syllabus, and academic conference abstracts. *BMC Palliat Care.* 2022;21:137.
5. Saini R, Marawar P, Shete S, Saini S, Mani A. Dental expression and role in palliative treatment. *Indian J Palliat Care.* 2009;15(1):26-9.
6. Fitzgerald R, Gallagher J. Oral health in end-of-life patients: A rapid review. *Spec Care Dentist.* 2018;38(5):291-8.
7. Mulk BS, Chintamaneni RL, Mpv P, Gummadapu S, Salvadhi SS. Palliative dental care - a boon for debilitating. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(6):ZE01-06.
8. Delgado MB, Burns L, Quinn C, Moles DR, Kay EJ. Oral care of palliative care patients – carers' and relatives' experiences. A qualitative study. *Br Dent J.* 2018;224(11):881-6.
9. Kvalheim SF, Strand GV, Husebø BS, Marthinussen MC. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology.* 2016;33(4):522-9.
10. Wiseman MA. Palliative care dentistry. *Gerodontology.* 2000;17(1):49-51.
11. Schimmel M, Schoeni P, Müller F. Soins palliatifs : aspects relatifs à la médecine dentaire. 2008;118:857-62.
12. Unité de gérontopharmacologie clinique, Pharmacie des HUG, Services de gériatrie et de Pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. 2005. Report No.: 37.
13. Belloir MN, Riou F. Connaissances et attitudes des soignants à propos des soins de bouche préventifs pour des patients en soins palliatifs. *Rech Soins Infirm.* 2014;117(2):75-84.
14. Ohrn KE, Sjöden PO, Wahlin YB, Elf M. Oral health and quality of life among patients with head and neck cancer or haematological malignancies. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* oct 2001;9(7):528-38.
15. Collège national des acteurs en soins infirmiers groupe de travail : soin de bouche. Le soin de bouche. SFAP; 2022.

16. Devoize L, Dallel R. Salivation. EMC - Médecine Buccale. 2010;
17. Dos Santos Souza MC, Jaramillo RG, Da Silva Borges M. Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Enferm Glob.* 2021;20(1):451-65.
18. Wiseman M. The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient. *Palliat Care.* 2006;72(5).
19. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Service recommandations et références professionnelles. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. 2002;151-5.
20. Braconi M, Hervé C, Pirnay P. Réflexions éthiques sur le principe de l'autonomie du patient. *East Mediterr Health J.* 2017;23(12):845-9.
21. Pollens R. Facilitating Client Ability to Communicate in Palliative End-of-Life Care: Impact of Speech–Language Pathologists. *Top Lang Disord.* 2020;40(3):264-77.
22. Agence Régional de la Santé - PACA. Santé : nous avons tous des droits et des devoirs- Le droit au respect de la dignité. 2017.
23. Article L1111-4 modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020. Code de la Santé Publique.
24. Aldred MJ, Addy M, Bagg J, Finlay I. Oral health in the terminally ill: a cross-sectional pilot survey. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* 1991;11(2):59-62.
25. Silva ARP, Bodanezi AV, Chrun ES, Lisboa ML, de Camargo AR, Munhoz EA. Palliative oral care in terminal cancer patients: Integrated review. *World J Clin Cases.* 2023;11(13):2966-80.
26. Cerexhe F. Les soins de bouches. In: Manuel de soins palliatifs. Paris: Dunod; 2014. p. 774-82.
27. Lacoste-Ferre MH, Saffon N, Cousty S, Berthaud J, Cestac P, Perrier C. Les soins de bouche : de l'hygiène de base aux soins spécifiques. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* 2011;10(2):82-8.
28. Eilers J, Berger A, Peterson M. Development, testing, and application of the oral assessment guide. *Oncol Nurs Forum.* 1988;15(3):325-30.
29. Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska, Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville. Guide des pratiques médicales en soins palliatifs. 2007 p. 31-5.
30. Kakei Y, Shimosato M, Soutome S, Funahara M, Shikama Y, Sakamoto Y, et al. Interventional Prospective Studies on Xerostomia in Patients Undergoing Palliative and End-of-Life Care: A Scoping Review. *Cureus.* 2024;16(6).

31. Tanasiewicz M, Hildebrandt T, Obersztyn I. Xerostomia of Various Etiologies: A Review of the Literature. *Adv Clin Exp Med.* 2016;25(1):199-206.
32. Fricain JC. Xérostomie ou hyposialie ? *Inf Dent.* sept 2019;(29):26-34.
33. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: Clinical Aspects and Treatment. *Gerodontology.* 2003;20(2):64-77.
34. Etienne AA, Magremanne M. Usage des sialomodulateurs. *EMC - Chir Orale Maxillo-Faciale.* 2020;33(3).
35. Samim F, Abdolrahmani A, Akbari E, Naksho A. Oral and Dental Care for Patients on Palliative Care. In: *Palliative Care - Current Practice and Future Perspectives.* IntechOpen; 2024.
36. Guerrini-Rousseau L, Marec-Berard P, Bolle S, Laurent S. Traitement des douleurs de mucite : actualités et perspectives. *Bull Cancer (Paris).* 2019;106(9):776-83.
37. Therabel Lucien Pharma. La mucite buccale. *Trait Anticancéreux Soins Bouche.* 2010;
38. Omedit Bretagne, Omedit Pays de la Loire, Observatoire dédié au cancer. FICHE D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES MUCITES. 2018;
39. Lescaille G, Lang P, Ernenwein D, Javelot MJ, Descroix V. Intérêt de la photothérapie au laser pour le traitement des mucites de la cavité buccale. Présentation d'un cas et revue de la littérature. *Médecine Buccale Chir Buccale.* 2010;16(3):171-6.
40. Vergidis P. Candidose. Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA; 2023.
41. Elad S, Horowitz R, Zadik Y. Supportive and palliative care in dentistry and oral medicine. *Art Sci Palliat Med Hong Kong AME Publ Co.* 2014;385-405.
42. Zürcher A, Laine ML, Filippi A. Diagnosis, Prevalence, and Treatment of Halitosis. *Curr Oral Health Rep.* 2014;1(4):279-85.
43. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. *Acta Endosc.* déc 2002;19.
44. Sayedi SJ, Modaresi MR, Saneian H. Effect of Metronidazole on Halitosis of 2 to 10 Years Old Children. *Iran J Pediatr.* 2015;25(1):e252.
45. Jobbins J, Bagg J, Finlay IG, Addy M, Newcombe RG. Oral and dental disease in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 1992;304(6842):1612.
46. Folliguet M, Veille-Finet A, Bodineau A. Le vernis fluoré en prévention buccodentaire chez les personnes âgées. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 2011;11(66):259-63.

47. Subbiah GK, Gopinathan NM. Is Silver Diamine Fluoride Effective in Preventing and Arresting Caries in Elderly Adults? A Systematic Review. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2018;8(3):191-9.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Graphique représentant l'évaluation des besoins en soins palliatifs sur la période 2008-2017 [1]	16
Figure 2 : « Oral assessment guide » de Eilers et Nachnani : Grille d'évaluation de l'état buccal basée sur 8 critères : la voix, la déglutition, les lèvres, la langue, la salive, les muqueuses buccales, la gencive et les dents. Chacun de ses critères est noté sur une échelle de 1 à 3 [28].....	34
Figure 3 : photographie représentant une salive épaisse et filante [7]	36
Figure 4 : photographie représentant une langue fissurée [32]	36
Figure 5 : Schéma représentant l'augmentation de la xérostomie en fonction du nombre de médicament pris ⁶	37
Figure 6 : Prise en charge de la xérostomie, document personnel élaboré d'après [11,25,30,31,34]	39
Figure 7 : Echelle OMS de gradation de sévérité de la mucite, document personnel adapté d'après [36–38] :.....	41
Figure 8 : Prise en charge des mucites en fonction de leur sévérité, document personnel élaboré adapté d'après [36,38].....	44
Figure 9 : Photographie d'une arcade maxillaire atteinte de candidose [40]	46
Figure 10 : Photographie d'une langue atteinte de candidose (43)	46
Figure 11 : Candidose située sur les muqueuses du maxillaire et la prothèse maxillaire portée par le patient non nettoyé [11].....	47
Figure 12 : Prise en charge de la candidose buccale, document personnel élaboré d'après [7,11,24,25]	48
Figure 13 : Photographie représentant une cavité buccale avec hygiène bucco-dentaire défailante et atteinte de nombreuses lésions carieuses au niveau des collets après radiothérapie [41]	54

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tarifs conventionnels applicables aux chirurgiens-dentistes à compter du 25 février 2024 au sujet des visites à domicile	28
Tableau 2 : Tableau récapitulatif d'aide à la prise en charge des problèmes bucco-dentaires d'après les recherches effectuées	57

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année [2024] –

Prise en considération de la santé orale en soins palliatifs chez les personnes en fin de vie / **Marion LAIGLE**. – p. 68 : ill. 13 ; réf. 47.

Domaines : PATHOLOGIES GENERALES, PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES

Mots clés Libres : Soins palliatifs, fin de vie, prise en charge, soins bucco-dentaires, éthiques

Résumé de la thèse en français

Les soins palliatifs sont une question primordiale de santé publique et un enjeu de société qui concerne à la fois l'équipe médicale et paramédicale, mais également les accompagnants et aidants du patient concerné. L'inscription en soins palliatifs des patients est en constante évolution et s'intègre dans l'amélioration de la prise en charge chez les personnes en fin de vie.

Les patients en fin de vie sont pour la plupart sujet à des problèmes bucco-dentaires, prenant siège au niveau des tissus dentaires, parodontaux et des muqueuses environnantes. Non traités, ces problèmes peuvent provoquer des inconforts majeurs, de la douleur et affectent le bien-être général des patients. Pourtant, l'intégration des soins bucco-dentaires fait face à de nombreux défis à l'heure actuelle et sont rarement une priorité, souvent par manque de formation ou de connaissance.

L'objectif de ce travail est de sensibiliser à l'importance des problèmes bucco-dentaires et de proposer une aide pratique à destination de l'équipe médicale et paramédicale pour la gestion et la prise en charge des principaux symptômes bucco-dentaires, dans le but de prodiguer des soins palliatifs les plus complets et respectueux de la volonté et du bien-être du patient.

JURY :

Président : **Pr C. DELFOSSE**

Assesseurs : Dr C. Olejnik

Dr A. Blaizot

Dr M. Bedez