



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S – DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

Année de soutenance : 2025

N° :

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

Présentée et soutenue publiquement le 24 Novembre 2025

Par GHAZOUANI Bilel

Intérêts de la prothèse amovible complète chez un patient
porteur de gastrostomie

JURY

Président : Madame le Professeur DEHURTEVENT Marion

Assesseurs : Madame le Docteur SAVIGNAT Mathilde

Monsieur le Docteur COUTEL Xavier

Madame le Docteur SEGUY Florence



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 :	A. PACAUD
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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BOITELLE	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Vice-doyen du département facultaire UFR3S-Odontologie Odontologie Pédiatrique Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale
M. DEHURTEVENT	Co-responsable du département de Prothèses
B. LOUVET	Chirurgie orale (Professeur des universités associé)
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
L. ROBBERECHT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
F. CATHALA	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale (maître de conférences des Universités associé)
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
C. DENIS	Co-responsable du département de Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du Département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
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. PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (Maître de conférences des Universités associé)
C. PRUVOST	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du Département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	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.

Remerciements :

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Marion DEHURTEVENT

Professeur des Universités– Praticien hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master Recherche Biologique et Santé - Université de Lille

Doctorat de l'Université polytechnique des Hauts-De-France – Ecole doctorale science de la matière, rayonnement et environnement de Lille

Habilitation à Diriger les Recherches - Université de Lille

Diplôme Universitaire en prothèse Amovible Complète - Université de Lille

Diplôme Universitaire d'Occlusodontie et de Réhabilitation Orale Fonctionnelle - Université de Lille

Certificat d'Etude Supérieure en Prothèse Fixée - Université de Nantes

Lauréate de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire - 2018

Chargée de mission Nouvelles Technologies

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse. Vous m'avez été d'une grande aide et je tiens sincèrement à vous témoigner toute ma reconnaissance ainsi que ma gratitude.

Veuillez accepter l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Master Recherche Biologie Santé - Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Chargée de mission PASS - LAS

Je tiens à vous adresser mes plus respectueux remerciements pour avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Vous trouverez ici l'expression de ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Xavier COUTEL

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille (Biologie Orale)

Master « Sciences, Technologies, Santé mention « Biologie cellulaire, Physiologie et Pathologies » - Spécialité « Biologie, Biomorphologie, Bio ingénierie du squelette »

(Paris

Descartes)

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury et je vous en suis très
reconnaisant.

Je tiens à vous remercier pour tous les conseils et enseignements reçus de votre part
durant mon cursus. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Florence SEGUY

Chargée d'enseignement

Section Développement, Croissance et Prévention

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

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialisée en Médecine bucco-dentaire

Ancien Interne en Odontologie

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

AEA (attestation d'études approfondies) en odontologie

DEA de Biologie Ostéoarticulaire

Diplôme Universitaire de sédation consciente

Diplôme inter-Universitaire du traitement odonto-stomatologique des apnées obstructives du sommeil

Diplôme Universitaire d'expertise en médecine dentaire

Vous avez accepté de diriger cette thèse et je vous en remercie.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

À ma famille, ainsi qu'à mes proches,

Table des matières

Introduction	16
1. La prothèse amovible complète	18
1.1 Généralités	18
1.2 Les intérêts de la prothèse amovible complète (PAC).....	19
1.2.1 Le maintien de la structure osseuse.....	19
1.2.2 L'intégrité de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)	20
1.2.3 L'aspect esthétique	22
1.2.4 Les aspects fonctionnels.....	23
1.2.4.1 La mastication.....	23
1.2.4.2 La phonation.....	24
1.2.4.3 La déglutition.....	24
1.2.5 L'aspect psychologique	25
2. La nutrition artificielle	26
2.1 Généralités et définitions	26
2.2 La nutrition entérale	27
2.2.1 Les indications de la gastrostomie	31
2.2.2 Intérêts de la gastrostomie	31
2.3 La nutrition à domicile	32
2.3.1 Les complications de la nutrition entérale à domicile	33
2.3.2 Fiches d'information au sein des UNAD.....	33
3. Cas clinique	36
4. Discussion	41
5. Conclusion et perspectives	44

Table des abréviations

ATM = articulation temporo-mandibulaire

AVC = accident vasculaire cérébral

C2S = complémentaire santé solidaire

CCAM = classification commune des actes médicaux

CPAM = caisse primaire d'assurance maladie

DV = dimension verticale

DVO = dimension verticale d'occlusion

DVR = dimension verticale de repos

EHPAD = établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HBD = hygiène bucco-dentaire

Kcal = kilocalorie

KJ= kilojoule

NE = nutrition entérale

NED = nutrition entérale à domicile

OIM = occlusion d'intercuspidation maximale

ORL = oto-rhino-laryngologie

PAC = prothèse amovible complète

PEC = prise en charge

RAC 0 = reste à charge 0

RMM = relation maxillo-mandibulaire

UNAD = unité de nutrition artificielle à domicile

VIT C = vitamine C

VVC = voie veineuse centrale

Introduction

Un édentement qu'il soit partiel ou complet, entraîne des conséquences fonctionnelles, esthétiques et psychiques. De plus, les patients édentés peuvent ressentir cet édentement comme une atteinte profonde à leur intégrité physique et psychologique. D'ailleurs en ce qui concerne l'édenté total, celui-ci est considéré par certains auteurs comme « un handicapé physique, psychologique et social » [1].

Il s'agit donc d'après Jaudoin P, d'une véritable « mutilation » dans toutes les fonctions, non seulement physiologiques pour la santé bucco-dentaire, mais également psychologiques, avec des répercussions dans les interactions sociales du patient [2]. De même, une bouche édentée totale non réhabilitée par une prothèse, présente entre autres des perturbations fonctionnelles lors de l'alimentation, de la phonation et des modifications des traits du visage. Le patient peut se replier sur lui-même et n'a pas forcément envie d'interagir avec les autres, d'où l'intérêt de le réhabiliter. Ainsi, dans le cadre d'une prothèse complète, il récupérera différentes fonctions altérées comme celles de la mastication, déglutition, phonation mais également reprendrait goût pour les interactions sociales en souriant par exemple à son entourage.

Ainsi, parmi les fonctions qu'apportent une réhabilitation prothétique adjointe, la mastication est retrouvée. Celle-ci permet la transformation des aliments en bol alimentaire de consistance plastique, homogène, imprégné par la salive qui sera ensuite déglutit.

Cependant, quand les besoins nutritionnels par voie orale sont impossibles ou insuffisants (troubles de la déglutition par exemple) pour répondre aux besoins nutritionnels du patient, la nutrition entérale (NE) qui est l'une des deux techniques de nutrition artificielle, est proposée au patient. Celui-ci, peut bénéficier d'une gastrostomie, ou d'une sonde naso-gastrique ou d'une jéjunostomie. Ces voies d'abord permettent d'apporter directement les nutriments dans l'appareil digestif du patient. En effet, l'autre technique de nutrition artificielle concerne la nutrition parentérale, celle-ci apporte les nutriments par voie intraveineuse.

Faut-il pour autant oublier la sphère bucco-dentaire du patient même si celle-ci n'intervient plus complètement dans l'alimentation ? Quelle est la place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge de ce patient ?

Ce travail a pour but à l'aide d'un cas clinique de situer la place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge spécifique d'un patient édenté complet bi-maxillaire porteur d'une gastrostomie.

Dans un premier temps, ont été abordés les intérêts de la réhabilitation prothétique en prothèse adjointe complète en correspondance avec le cas clinique. Puis dans un second temps, ont été détaillées les indications de la nutrition artificielle. Enfin, en dernière partie, l'importance de la place du chirurgien-dentiste a été expliquée dans cette prise en charge pluridisciplinaire.

1. La prothèse amovible complète

1.1 Généralités

Elle peut être transitoire, ou définitive, elle est réalisée en plusieurs étapes : empreinte primaire, empreinte secondaire ou anatomo fonctionnelle, enregistrement du rapport maxillo-mandibulaire (RMM), essayage des maquettes prothétiques et enfin, étape de livraison avec vérifications de l'équilibration occlusale (figure 1). Après la livraison, le patient est revu après quelques jours pour les doléances, permettant de faire les modifications éventuelles favorisant le port de la prothèse [3].



Figure 1 : prothèse amovible complète bi-maxillaire ¹.

¹ Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/formations/protocole-de-realisation-d-une-prothese-complete-bimaxillaire-par-cfao>

1.2 Les intérêts de la prothèse amovible complète (PAC)

1.2.1 Le maintien de la structure osseuse

Le port d'une prothèse dentaire amovible aide à préserver la structure osseuse de la mâchoire en exerçant une légère stimulation lors de la mastication et de la déglutition.

En l'absence de protection fournie par les prothèses amovibles, les tissus mous sont exposés à divers traumatismes mécaniques et irritatifs. En effet, la présence de PAC adaptées va venir couvrir les tissus mous et les crêtes osseuses, ainsi, elle va permettre de répartir de manière homogène les forces masticatoires sur les tissus de soutien, minimisant ainsi les points de pression excessifs qui pourraient causer des ulcérations et des inconforts.

En effet, les PAC créent une barrière avec l'environnement extérieur sur les tissus mous, elles réduisent l'exposition aux agents irritants alimentaires, ce qui aide à maintenir la santé des muqueuses buccales. Elles stimulent le cycle cellulaire osseux, pouvant réduire la résorption centrifuge à la mandibule et centripète au maxillaire. La pression exercée par les prothèses amovibles complètes lors de la mastication stimule la régénération osseuse. D'après Balshi SF et Johansson B, le port des prothèses amovibles complètes peut contribuer à maintenir la santé osseuse en stimulant la croissance et la régénération de l'os [4].

Cependant, des forces excessives appliquées sur l'os par l'intermédiaire de prothèses inadaptées associées à des parafunctions favorisent la résorption. En outre, l'absence totale de forces exercées sur les maxillaires mène à une atrophie osseuse. De plus, d'après certains auteurs, une pression continue ou une absence de pression favorise la résorption. Ainsi, seule une pression discontinue limite la perte osseuse [5].

Indépendamment de l'absence de PAC ou la présence de PAC inadaptées, ils existent aussi d'autres facteurs extrinsèques qui interagissent sur le remodelage osseux comme l'âge, le sexe, les hormones, l'antériorité de l'édentement, les maladies chroniques comme le diabète par exemple, certains traitements médicamenteux

comme les glucocorticoïdes par exemple [5].

1.2.2 L'intégrité de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

L'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une articulation complexe bicondyloire reliant le condyle mandibulaire à la fosse mandibulaire et le tubercule articulaire de l'os temporal par l'intermédiaire d'un disque articulaire biconcave (figure 2) [6]. L'ATM, seule articulation mobile de la face, participe à toutes les fonctions de la sphère oro-maxillo-faciale.

Son intégrité commence par une bonne évaluation de la dimension verticale (DV). Plusieurs notions de DV sont à prendre en considération puisqu'au cours de la réalisation prothétique seront évaluées : la « dimension verticale d'occlusion » (DVO), la dimension verticale de repos (DVR), et « l'espace libre d'inocclusion » qui désigne un espace de 1 à 3 mm en moyenne.

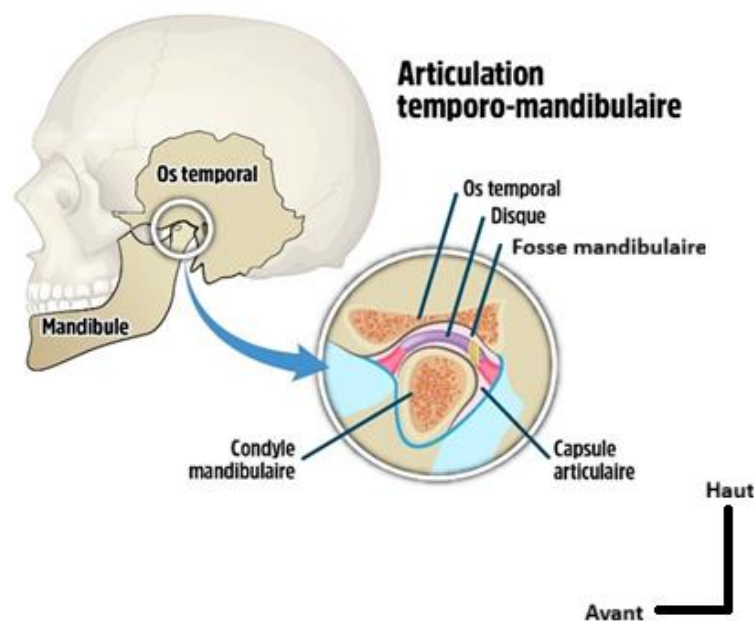


Figure 2 : articulation temporo-mandibulaire ².

² Disponible sur : <https://www.chudequebec.ca/patient/maladies-soins-et-services/m-informer-sur-ma-maladie-ou-ma-condition/dysfonction-de-larticulation-temporo-mandibulaire.aspx>

Cette étape est déterminante non seulement pour préserver toute pathologie articulaire si la DV est soit sous-évaluée ou sur-évaluée mais également pour rétablir l'esthétique du patient où sera recherchée l'harmonie des traits du visage pour avoir la vision d'un patient aux traits doux et détendus en respectant la proportion entre les trois étages de la face (figure 3).

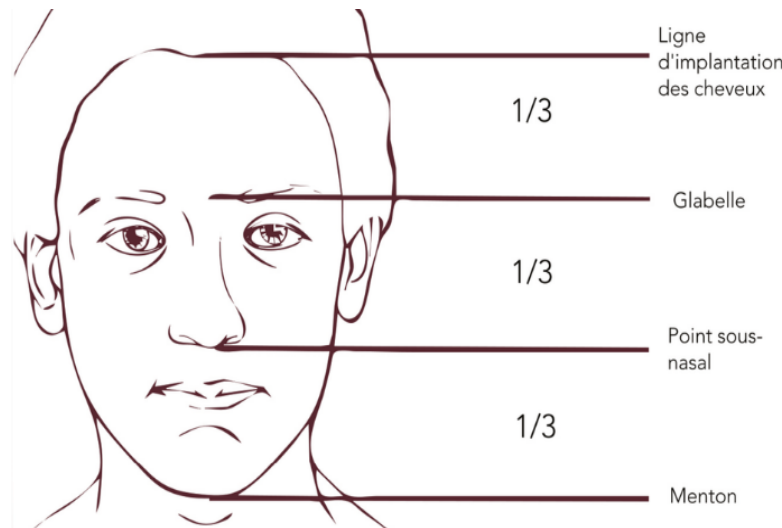


Figure 3 : égalité théorique des trois étages de la face ³.

De plus, d'après Pompignoli, il est impératif pour assurer la stabilité de la PAC de respecter des règles d'occlusions [7]. Ces règles s'appuient sur le concept d'occlusion bilatéralement équilibrée (occlusion de Gysi) lors des mouvements de propulsion et de mastication, ce concept, correspond à " l'équilibre occlusal en PAC obtenu par des contacts généralisés, tant en OIM que lors des mouvements de propulsion et de diduction".

Lors de l'équilibration secondaire sur les PAC, l'occlusion est bilatéralement équilibrée, ce qui aura pour but d'améliorer ou de parfaire les relations inter-arcades en statique et dynamique entre les cuspides antagonistes et d'adapter l'anatomie occlusale des dents (déterminants antérieurs modifiables) aux ATM (déterminants postérieurs non modifiables) ce qui va aider à réduire le déséquilibre des forces au niveau des ATM.

³ Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/formations/gestion-de-la-dimension-verticale-en-prothese-amovible-compte/>

Ceci aura pour but de prévenir les dysfonctions de l'ATM mais également favoriser la stabilité des PAC.

Les PAC ainsi réalisées, ne doivent pas perturber les mouvements des ATM, elles assurent un soutien occlusal, favorisent la bonne mastication et réduisent les mouvements anormaux et les tensions musculaires associées aux dysfonctionnements des ATM.

L'objectif est de restaurer une occlusion harmonieuse, en évitant tout traumatisme sur l'ATM, cette démarche implique dans certains cas, l'enregistrement de l'occlusion en relation centrée, qui consiste à placer la mandibule dans la position la plus haute et la plus en arrière dans les condyles. Cette technique permet une reproduction fiable et un respect de l'anatomie des ATM. En effet en l'absence de référentiels dentaires stables et reproductibles, l'OIM est contre indiquée.

1.2.3 L'aspect esthétique

L'apparence du patient édenté non réhabilité se modifie : perte de calage occlusal, étalement de la langue, profil en « coup de hache » et perte de hauteur de l'étage inférieur de la face.

Les prothèses amovibles complètes permettent ainsi la restauration d'un sourire naturel et harmonieux, en effet les dents prothétiques sont positionnées de manière à ce que leur alignement et positionnement favorisent l'esthétique et l'aspect fonctionnel et également la restauration de l'harmonie du visage (hauteur égale des trois étages de la face, un soutien des tissus mous péri-buccaux (lèvres, joues), ligne du sourire.

De ce fait, elles restaurent ainsi les contours de la face en permettant un bon support des lèvres et des joues, qui peuvent s'affaisser en l'absence de support. Elles rétablissent la symétrie du visage et préservent la dimension verticale d'occlusion. Les paramètres de l'esthétique sont représentés d'après la figure suivante (Figure 4).

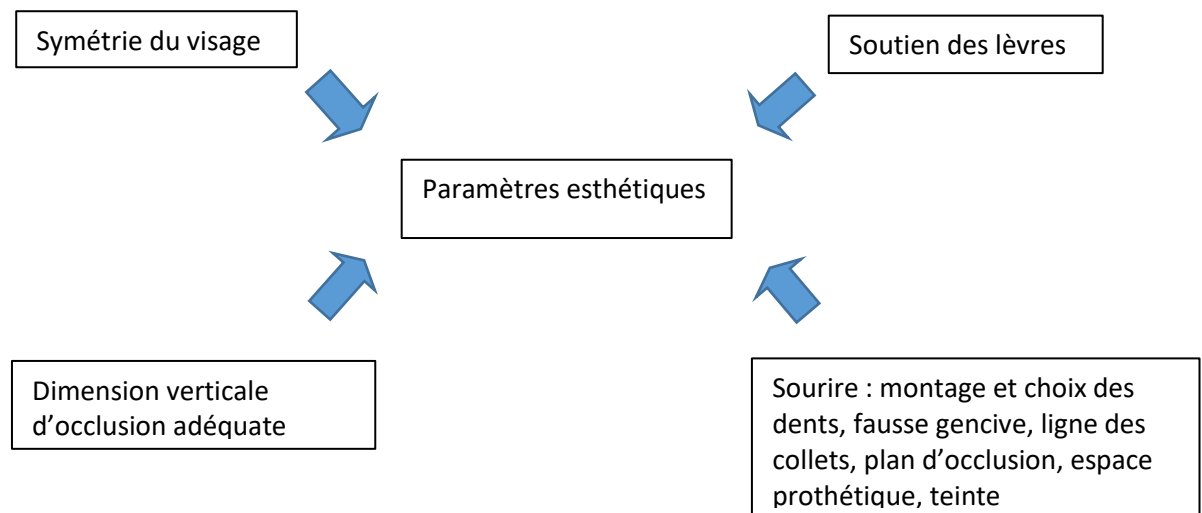


Figure 4 : les critères esthétiques ⁴.

1.2.4 Les aspects fonctionnels

1.2.4.1 La mastication

L'un des intérêts majeurs d'une PAC est de restaurer la fonction masticatoire. Les PAC vont permettre de retrouver une capacité masticatoire fonctionnelle. Cependant si la fonction est restaurée, elle n'en est pas moins diminuée par rapport à la fonction de mastication des dents naturelles, effectivement les études sur la mastication de patient porteurs de PAC sans appui implantaire montrent une baisse de l'efficacité masticatrice de l'ordre de 50 à 85% par rapport à des patients dentés. Ceci peut s'expliquer justement par les mouvements de diduction dus aux caractéristiques de résorption des maxillaires [8].

Cependant, en rétablissant la fonction masticatoire, les PAC contribuent à améliorer la qualité de vie des patients en leur permettant d'avoir une alimentation variée, maintenir une alimentation équilibrée et ainsi améliorer leur nutrition.

⁴ Disponible sur : <https://aos.edpsciences.org/articles/aos/abs/2013/06/aos2013266p16/aos2013266p16.html>

1.2.4.2 La phonation

Du fait de la perte de dimension verticale, des modifications de positionnement de la langue et des lèvres, des défauts de prononciations peuvent apparaître, comme le zézaïement. Une phonation correcte est retrouvée grâce aux prothèses, elles permettent la prononciation des phonèmes. Un délai d'adaptation peut être nécessaire afin d'obtenir une élocution correcte pour un patient appareillé [9].

Par sa capacité à restaurer la capacité phonétique, elle permet au patient une clarté dans la parole, reproduisant des phonèmes spécifiques comme les consonnes labiodentales (F, V). La présence de dents artificielles aide à positionner la langue correctement pour la production de ces sons et ainsi prévenir toutes distorsions de la parole qui surviennent en l'absence de dents [9].

Les débuts de port de la PAC peuvent être complexes pour le patient qui doit se réhabituer à s'exprimer avec des prothèses, il faut un certain temps d'adaptation, car il a développé des habitudes de compensation, comme pousser sa langue contre sa lèvre et ses joues pour articuler certains sons, coordonner sa parole avec ses nouvelles prothèses en bouche. Cette élocution claire obtenue après cette adaptation, renforce la confiance en soi du patient lors de la communication, ce qui contribuera à une meilleure qualité de vie sociale.

1.2.4.3 La déglutition :

La restauration de la fonction masticatoire est un préalable essentiel pour une bonne déglutition, en effet les aliments sont broyés, facilitant ainsi leur préparation avant la déglutition et améliorer le bol alimentaire pour faciliter l'ingestion [10].

Également, le port de la prothèse va permettre un meilleur positionnement de la langue afin de mieux repousser le bol alimentaire vers l'arrière de la bouche et faciliter la déglutition, enfin celle-ci, peut stimuler la production de salive ce qui va permettre une déglutition plus efficace, en dehors des patients souffrant d'hyposialie, où une prescription de substituts salivaires sera réalisée.

1.2.5 L'aspect psychologique :

L'impact psychologique est important du fait de toutes les fonctions rétablies quelles qu'elles soient et ne peut être que bénéfique dans les relations sociales.

En résumé, la prothèse amovible complète possède de nombreux avantages. Elle permet de retrouver l'intégrité physique, psychologique et fonctionnelle perdues [10]. En effet, l'objectif principal est de remplacer les dents en respectant non seulement les fonctions dites de relation (esthétique et phonation) mais aussi les fonctions digestives (mastication, déglutition, salivation), sans oublier les critères mécaniques indispensables définis par la Triade de Housset : rétention, stabilisation, sustentation [11].

2. La nutrition artificielle

2.1 Généralités et définitions

L'alimentation est « l'action ou la manière de s'alimenter » selon le dictionnaire Larousse, c'est un acte volontaire qui répond à deux impératifs : assurer une fonction vitale et procurer du plaisir. Lorsque la fonction nutritive physiologique est insuffisante, des techniques médicales permettent d'envisager des moyens de substitution, appelés nutrition artificielle. La nutrition artificielle peut être soit :

- entérale
- parentérale

La voie parentérale est une nutrition veineuse périphérique (VVP) ou centrale (VVC), la nutrition sur VVP doit être de courte durée, entre 1 et 3 semaines, sinon au-delà elle doit être menée sur une VVC, celle-ci n'est indiquée que si le tube digestif est inaccessible ou n'est pas fonctionnel [12-13].

Dans certains cas, la gastrostomie n'est pas nécessairement définitive, cette notion de durée est évaluée par décision collégiale. Le patient garde en général la sonde entre trois et six mois, le retrait se fait en consultation par une infirmière ou un médecin. Le but pour le patient sera de pouvoir un jour remanger par la bouche. Dans certains cas, on peut conserver une alimentation dite de plaisir, celle-ci n'ayant plus une visée de nutrition mais bien une visée gustative.

D'après D. De Broucker, " l'alimentation est ce qui nous rattache à la vie par les apports énergétiques, vitaminiques et minéraux, mais aussi parce qu'elle est source de plaisir, d'échanges et de communication" [14].

Cet élément de plaisir est important à la qualité de vie de ces patients, et ainsi réaliser une PAC va permettre aux patients en situation d'édentement totale de pouvoir accéder à cette alimentation plaisir éventuellement [14].

2.2 La nutrition entérale

La nutrition entérale (NE) est une technique d'alimentation artificielle destinée à délivrer des nutriments dans le tube digestif soit par une sonde nasogastrique (SNG) ou sonde naso jéjunale (SNJ), soit par gastrostomie (sonde gastrique dans le ventre) ou jéjunostomie. La nutrition entérale est utilisée lorsque le patient n'a plus la capacité de s'alimenter par voie orale ou de manière suffisante afin d'assurer au moins deux tiers de ses besoins nutritionnels par ses apports spontanés. La nutrition entérale est privilégiée par rapport à la nutrition parentérale, en effet elle est considérée comme plus physiologique. Elle préserve la trophicité intestinale, régule le débit sanguin et prévient des translocations bactériennes [14] (Figure 5).

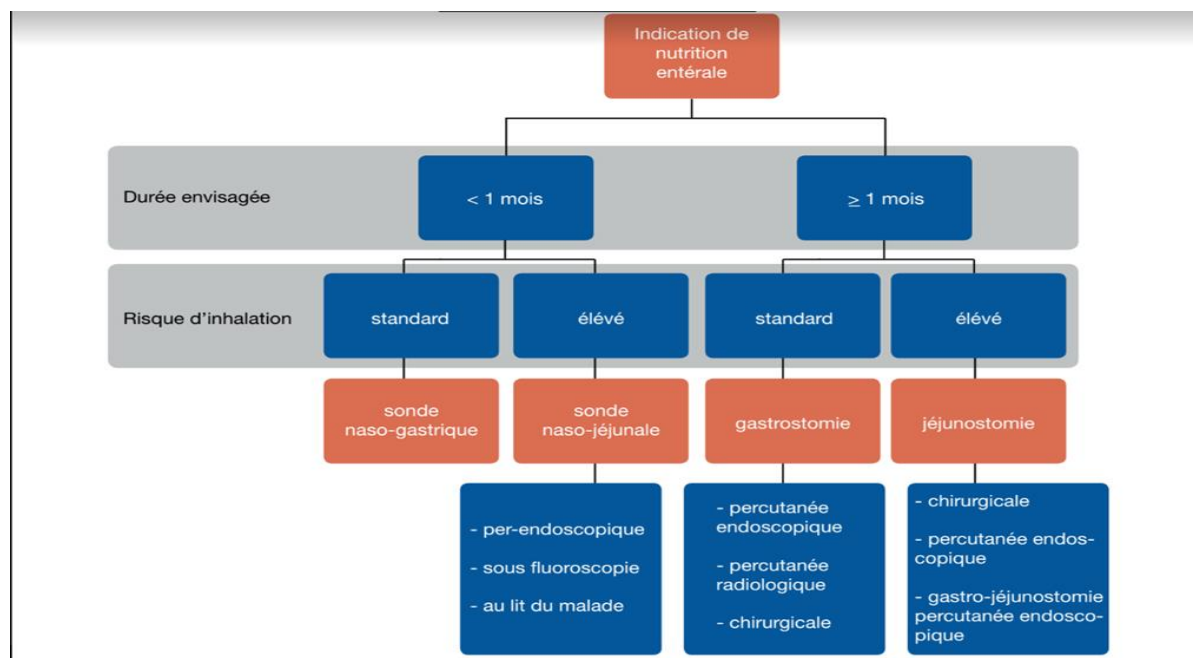


Figure 5 : arbre décisionnel de la nutrition entérale ⁵.

⁵ Disponible sur : <https://www.sfnmc.org/page/2646225-outils-realises-par-la-sfnmc>

Dans notre cas clinique il s'agit d'une nutrition par gastrostomie. De ce fait, il sera mis en évidence les principes de celle-ci. La gastrostomie peut être effectuée de trois manières. Dans tous les cas, l'orifice pratiqué permet de faire communiquer l'estomac avec l'extérieur puis de mettre en place la nutrition entérale. Elle peut se poser par différentes voies :

- Voie endoscopique

La gastrostomie peut être effectuée par voie percutanée endoscopique à l'aide d'une sonde introduite par l'œsophage jusqu'à l'estomac et ressort par l'abdomen à travers un petit orifice. Le gastro-entérologue va percer la paroi de l'estomac et mettre en place un petit tuyau qui sert à l'alimentation (GPE).

La gastrostomie peut également être effectué par la méthode Pull. La sonde de gastrostomie est tirée de dedans en dehors par un fil au bout duquel est fixée la sonde, ou par la méthode « Introducer ». La sonde est posée par ponction directe de dehors en dedans. Cette méthode est utile en cas de sténose ORL ou œsophagienne. Cette technique peut également être réalisée par les radiologues qui mettent alors en place la sonde sous contrôle échographique.

- Voie radiologique

Le principe est le même, mais au lieu d'avoir un contrôle par une image depuis l'intérieur de l'estomac, le contrôle se fait par un examen radiologique.

- Intervention chirurgicale

L'intervention chirurgicale consiste à rapprocher la partie souple de l'estomac de la paroi de l'abdomen en ayant effectué un orifice. "Cette technique est de moins en moins utilisée car, il sera préféré les techniques moins invasives comme l'endoscopie ou la radiologie" (Figure 6).

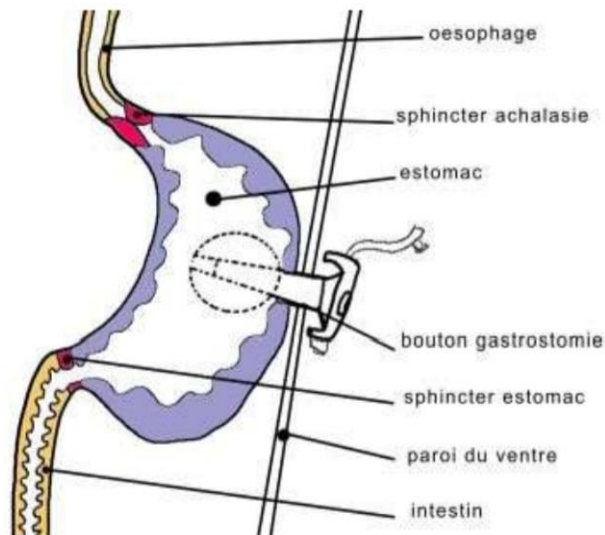


Figure 6 : schéma d'une sonde de gastrostomie ⁶.

Le bouton de gastrostomie est un système qui remplace la sonde initiale posé au bout de quatorze jours. Il a l'avantage d'être au niveau de la peau et par le fait même, beaucoup moins encombrant que la sonde. Un raccord spécifique est ajusté à ce bouton (marque, calibre), celui-ci, sera branché à la tubulure qui vient de la pompe (Figure 7).

⁶ Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931799v1/document>

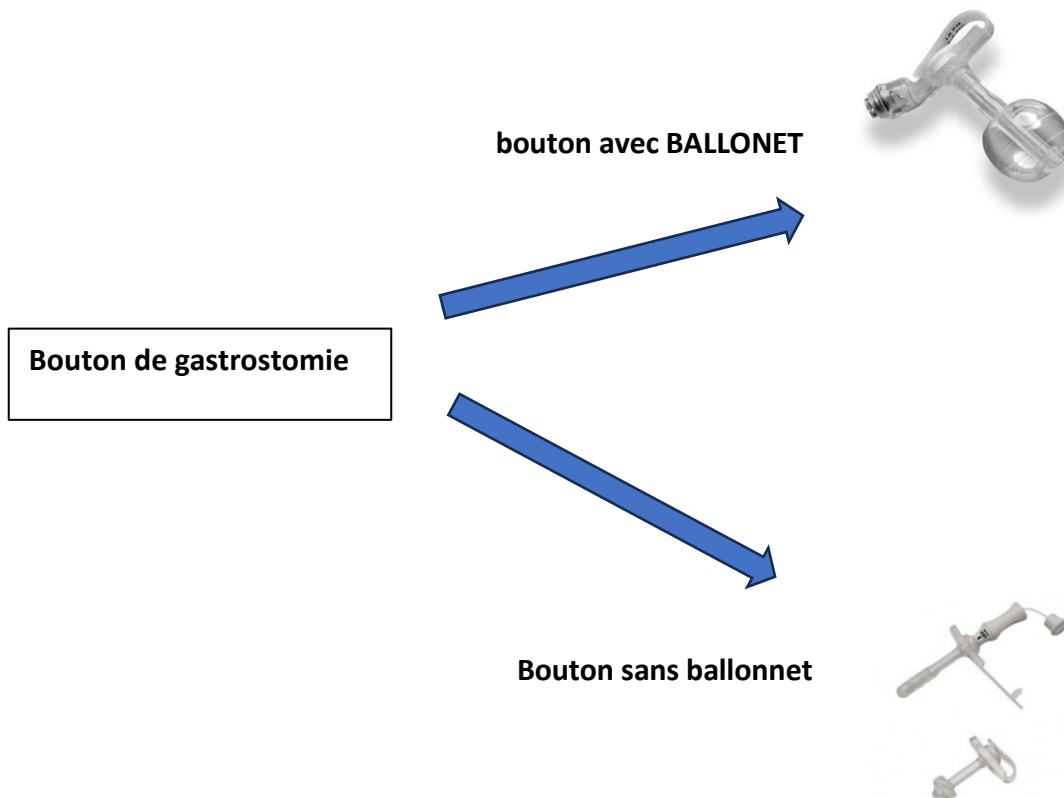


Figure 7 : les différents boutons de gastrostomie ⁷.

- La sonde à Ballonnet : elle possède un ballonnet gonflable à son extrémité distale, une fois la sonde en place dans l'estomac elle est gonflée afin de maintenir la sonde en place dans l'estomac, elle permet d'éviter que la sonde ne bouge, elle permet un ancrage, elle permet également d'éviter les risques de fuites. En général, elle est indiquée chez les patients ayant besoin d'être sondée sur une longue période.
- La sonde sans ballonnet : elle possède une structure plus simple, elle est insérée directement dans la cavité gastrique, elle est maintenue en place grâce aux tissus mous ou aux fixations externes (type sutures).

Ainsi même si le protocole de mise en place est plus facile pour la sonde sans ballonnet, la sonde à ballonnet apporte des avantages telles qu'une meilleure stabilité, éviter les risques de fuites et une meilleure durabilité dans le temps [15].

⁷ Disponible sur : <https://www.kelis-medical.com/shop/category/nutrition-enterale-2731>

2.2.1 Les indications de la gastrostomie

Les principales pathologies pouvant conduire à la pose d'une sonde de gastrostomie sont :

- Les troubles de déglutition d'origine neurologique (AVC, maladie neurodégénératives) ou ORL.
- Les rétrécissements œsophagiens ou ORL en rapport avec des cancers, des séquelles post-opératoires ou après radiothérapie.
- Les états de dénutrition par carence d'apport ou hypercatabolisme (anorexie, cancer, maladies inflammatoires digestives...) [16].

Choix du mélange nutritif :

Le choix du mélange nutritif dépend de l'état nutritionnel et / ou des capacités digestives du patient. Il existe plusieurs types de mélanges nutritifs prêts à l'emploi conditionnés en poches de 500, 1000 ml. Ces mélanges avec ou sans fibres, sont exempts de lactose et de gluten et contiennent tous des vitamines et minéraux. Il existe également des mélanges spécifiques qui sont enrichis en arginine, vit C et zinc, par exemple en cas d'escarres, en caséine et en TCM en cas de maladie de Crohn. Ainsi on adapte le contenu de la poche en fonction de l'état physiologique du patient. Les besoins en vitamines et minéraux sont normalement couverts à partir de 1500 Kcal/ jour (6270 KJ/jour) de nutrition, la supplémentation est envisagée au regard des résultats biologiques.

2.2.2 Intérêts de la gastrostomie

- Amélioration physique :
 - gain en autonomie
 - gestion des soins plus simple
 - moins de problèmes de peau
 - moins de risque d'arrachement
- Amélioration psychologique :
 - confort et vie sociale

- esthétisme (discrétion)
- reprise d'activité (douche, bain, piscine, bain de mer, sports)

2.3 La nutrition à domicile

La nutrition entérale à domicile (NED) suit un protocole particulier, elle dépend de l'UNAD, ces unités sont rattachées aux centres hospitaliers. Le médecin, le diététicien ou l'infirmier du service de soin où le patient est hospitalisé transmet la prescription médicale de la nutrition entérale à un prestataire de service. La nutrition entérale à domicile est prise en charge par l'assurance maladie, voir annexe 1.

La nutrition entérale est codifiée dans la nomenclature de la Sécurité Sociale dans la liste des produits et prestations (LPP). Le prix est de 82.23 euros hebdomadaires, la mise en service est de 178 euros, la nutrition entérale avec bouton de gastrostomie ou de jéjunostomie et ses accessoires. : 243.92 euros soit par jour et par patient.

Le rôle du prestataire de service consiste à :

- Gérer le dossier administratif ;
- Faire une première visite d'installation du matériel (pompe, poches...) à domicile et une démonstration (sur rendez-vous) ;
- Assurer la maintenance du matériel ;
- Livrer mensuellement à domicile les poches de nutrition et le matériel nécessaire (sondes, tubulures, seringues...) ;
- Apporter des conseils et informations sur la nutrition entérale, en complément de l'éducation faite dans le service de soins : branchement/débranchement, soins de sonde, hygiène, modalités d'administration (nombre et type de poche de nutrition, horaires, débit, position durant la nutrition entérale), hydratation par la sonde, passage des médicaments, surveillance, prévention et prise en charge des complications. Un document d'information sera remis par ses soins ;
- Assurer une permanence téléphonique 24 heures sur 24 pour conseiller le patient ou l'aider à résoudre d'éventuels problèmes ;
- Assurer le relais de la prise en charge en cas de déplacements.

2.3.1 Les complications de la nutrition entérale à domicile

Les complications les plus fréquentes de la nutrition entérale sont :

- Les troubles du transit : diarrhée ou constipation
- Les nausées, vomissements, régurgitations

Ces complications peuvent être liées directement à la nutrition entérale et nécessiter une modification de celle-ci (produit, débit...) mais elles sont aussi souvent favorisées par la prise de médicaments (antibiotiques, morphine, codéine, chimiothérapie...).

Certaines complications sont liées à la sonde elle-même :

- La sonde semble bouchée : contacter votre infirmier ou le service d'hospitalisation ;
- Si le bouton ou la sonde de gastrostomie ou la sonde de jéjunostomie sont tombés, ils doivent être remis très rapidement car l'orifice se referme spontanément en quelques heures. Le patient doit se rendre dans le service d'hospitalisation ou au service des urgences de l'hôpital en apportant le bouton ou la sonde de remplacement fourni d'avance par le prestataire de service.

Ainsi, suite à la description des ces complications quelques soit leur étiologie, si le patient n'est pas édenté complet, l'émail dentaire soumis au contact de l'acide gastrique (vomissements, reflux gastro-œsophagien,..) ou en cas d'hyposialie peut présenter des lésions de type érosion. D'où l'importance de conseils préventifs comme l'utilisation de dentifrice spécifique contre les érosions dentaires, par exemple.

2.3.2 Fiches d'information au sein des UNAD

Il existe des centres labélisés de nutrition artificielle à domicile qui sont cartographiés, celui de la région Lilloise se situe au sein de l'hôpital Claude Huriez. A L'UNAD, l'Unité de Nutrition Artificielle à Domicile, les fiches des prestataires remises

aux patients concernent principalement :

- l'entretien du matériel à domicile
- le suivi sur la prise de poids
- des conseils sur l'alimentation, ainsi que les recommandations en cas de nausées ou vomissements

Ces fiches ne mentionnent pas les conseils concernant l'hygiène buccale. Il est dit oralement par l'équipe paramédicale qu'il est conseillé d'avoir un suivi régulier chez le chirurgien-dentiste comme tout patient.

Les principaux prestataires reconnus par la CPAM pour la nutrition entérale à domicile sont les sociétés Nestlé™ et Nutricia™ (Lactalis). Dans leur livret, ils mentionnent selon leur appréciation quelques conseils concernant l'hygiène bucco-dentaire (HBD) et la nécessité d'un suivi dentaire.

Celles de Nestlé™, précisent l'importance de l'HBD (figure 8) et donnent quelques conseils en cas de dysphagie (figure 9). Néanmoins, il est à noter que certaines recommandations sont discutables, comme le fait de manger des bonbons durs afin d'humidifier la bouche.

Celles de Nutricia™, prodiguent des conseils pour les sorties, la vie sociale, ainsi que l'insistance d'une bonne hydratation. Il est fait mention de l'HBD mais uniquement pour les patients alimentés par sonde nasogastrique, mais aucune mention pour le bouton de gastrostomie, alors que l'hygiène doit être maintenue quelque que soit le type de nutrition artificielle et que le patient soit denté ou non.

L'alimentation par sonde doit s'accompagner de règles d'hygiène quotidiennes simples mais néanmoins essentielles à respecter.
Toujours se laver les mains à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique avant toute manipulation.

Certaines recommandations spécifiques pourront vous être communiquées par vos professionnels de santé référents.



Soins d'hygiène

Bouche
Il est important de maintenir une bonne santé buccodentaire en s'assurant d'une bonne hygiène buccale.
Brossez-vous les dents, les gencives et la langue trois fois par jour.
Ne pas oublier de nettoyer l'appareil dentaire.
Rafraîchissez la bouche et l'haleine en réalisant des bains de bouche, (même en étant en nutrition entérale exclusive).
Pour humidifier la bouche, si cela est autorisé, utilisez des glaçons, des bonbons durs ou des chewing-gums.
Pour humidifier les lèvres, utilisez un baume hydratant.
Pour éviter les gerçures, évitez de vous lécher les lèvres.
Maintenez les apports hydriques par la bouche chaque fois que cela est possible afin d'éviter la sécheresse des muqueuses.
Signalez tout saignement ou événement inhabituel à votre professionnel de santé.

Si vous avez une sonde nasogastrique ou naso-jéjunale, il est important de prendre soin de votre nez quotidiennement car la sonde peut provoquer une légère irritation locale au niveau de la narine due aux frottements.

Figure 8 : informations et instructions pour les patients, Nestlé™⁸.

Bonne hygiène buccale

Une bonne hygiène buccale est particulièrement importante pour les personnes souffrant de dysphagie, étant donné que les aliments et les boissons qui persistent en bouche peuvent arriver dans les poumons et provoquer des infections des voies respiratoires à cause de la formation de bactéries nocives.

Les étapes suivantes doivent être réalisées chaque jour pour assurer une hygiène buccale élevée :

- Brossez-vous soigneusement les dents et la langue deux fois par jour avec un dentifrice légèrement moussant
- Lors du brossage de dents, évitez d'utiliser de l'eau s'il existe un risque important d'ingestion accidentelle de l'eau
- Veillez à ce que le dentifrice et la salive excédentaires ont bien été recrachés ou essuyés avec un linge
- Assurez-vous que les prothèses dentaires éventuelles sont bien en place et qu'aucun aliment ne peut s'y loger
- Enlevez les prothèses dentaires pour les nettoyer
- Faites-vous traiter si vous observez des symptômes de mycose buccale (couche blanche épaisse sur la langue), votre médecin vous prescrira le médicament adapté

Figure 9 : conseil en cas de dysphagie, Nestlé™⁹.

⁸ Disponible sur : <https://www.nestlehealthscience.fr/sites/default/files/2020-05/r%C3%A8gles%20d%27hygi%C3%A8ne%20et%20nutrition%20ent%C3%A9rale.pdf>

⁹ Disponible sur : <https://www.nestlehealthscience.ch/sites/default/files/2020-08/IDDSI%20Brochure%20patients%20FR.pdf>

3. CAS CLINIQUE

Mr B., 56 ans consulte en octobre 2023 dans le service pour réhabilitation prothétique. Au décours de l'interrogatoire médical le patient signale qu'il vit en EHPAD, qu'il ne participe pas aux activités proposées, ne se « mêle pas aux autres ». C'est l'infirmière de l'unité qui après discussion avec lui propose d'être appareillé malgré une alimentation par gastrostomie après la réaction de celui-ci face à un résident venant d'être appareillé. En effet, il avait été agréablement surpris de la modification de son visage. Celui-ci après avoir réfléchi fait la demande de la consultation dentaire.

Le patient présente comme antécédents notables un AVC hémorragique en 2020 avec les séquelles suivantes : hémiplégie droite, troubles de déglutition (atteinte du nerf hypoglosse), déficit du nerf facial droit dans sa partie inférieure (perte de la commissure labiale), troubles cognitifs modérés, perte de la motricité des membres inférieurs. Le patient a bénéficié d'une gastrostomie en 2020 par suite des troubles de déglutition consécutifs à son AVC pour lesquels une GPE a été posée avec une alimentation entérale qui passe la nuit.

Le patient n'est pas appareillé depuis 2020.

L'examen exo buccal retrouve la perte de soutien des tissus péribucaux (lèvres, joues.), l'affaissement de l'étage inférieur, la perte de la tonicité musculaire labiale à droite.

L'examen des ATM est normal.

L'examen clinique montre des crêtes permettant la réalisation de PAC classiques avec la présence de salive permettant l'adhésion des PAC (figure 10-11).

Ont été illustrées les situations pré et post réhabilitation (figure 12 à 16).

Le consentement du patient a été obtenu (annexe 3).



Figure 10 : photographie de la crête édentée maxillaire du patient.



Figure 11 : photographie de la crête édentée mandibulaire du patient.

Le patient présente à l'examen endobuccale une classe 3 de la crête maxillaire et mandibulaire selon la classification de Kawood et Howell, à savoir crête arrondie, hauteur et largeur suffisante.



Figure 12 : photographie de profil du patient.



Figure 13 : photographie bouche fermée.



Figure 14 : photographie du sourire du patient sans la prothèse.



Figure 15 : photographie du sourire du patient avec prothèse en bouche.

Cette photographie montre que malgré son asymétrie du visage du fait de son AVC, le patient n'hésitait plus à sourire, il est à souligner qu'il a un meilleur soutien des lèvres de profil, illustré par la dernière photographie. Le patient a témoigné d'une réelle satisfaction.



Figure 16 : photographie de profil avec le port de la prothèse.

À la suite de sa réhabilitation le patient est retourné en salle d'activité. L'orthophoniste a remarqué une amélioration dans sa communication. Dans la fiche d'hospitalisation réglementaire il a été même signalé que le patient insiste pour reprendre une prise alimentaire orale.

Lors de sa consultation dans le service de nutrition en juin 2024 le patient a pris

du poids, il prenait une alimentation orale uniquement malgré quelques fausses routes et souhaitait le retrait de la gastrostomie.

4. Discussion

La prise en charge de la dénutrition ne cesse d'augmenter malgré les dispositifs de prévention et du fait du vieillissement de la population [18]. En cas de nutrition artificielle, il serait juste de sensibiliser les équipes médicales et paramédicales entourant un patient porteur de gastrostomie de ne pas négliger la « bouche du patient » même s'il est édenté.

La nutrition artificielle peut être provisoire, et dans certains cas une alimentation par la bouche peut être gardée avec une alimentation adaptée comme les aliments gélifiés qui diminuent les troubles de déglutition. Cette alimentation est dite « plaisirs ». En effet, il est toujours recommandé quand cela est possible, de maintenir cet abord par la bouche [16]. Cette alimentation maintient un état de contentement et de bien être par stimulation sensorielle.

Dans le cas clinique présenté, la restauration de la mastication après la réhabilitation prothétique alors que la nutrition se faisait par la gastrostomie, a permis à ce patient de pouvoir mastiquer des aliments plaisirs occasionnels, et stimuler ses structures orales. Par la suite les troubles de déglutition ont diminué et celle-ci a été retirée progressivement. Cette prise en charge peut se transposer sur d'autres patient porteur de gastrostomie présentant un édentement. Les facteurs, esthétiques, fonctionnels et psychologiques vont augmenter l'estime de soi et favoriser les interactions sociales mais également si cela est possible de retrouver progressivement une alimentation « normale ». En plus les patients peuvent éprouver une difficulté à accepter la nutrition artificielle si se rajoute la perte de l'estime de soi par manque d'appareillage dans le cas où c'est envisageable c'est la double peine !

Pour autant, certains patients préféreront ne pas être réhabiliter à l'aide d'une prothèse et ainsi garder cette alimentation parentérale à vie, qui est prise en charge par la sécurité sociale sous forme de forfaits (pas de contraintes de courses, confort...).

Il conviendrait de bien leur faire comprendre l'intérêt de cette réhabilitation prothétique. S'il s'agit d'une crainte financière, il faut leur expliquer qu'avec les nouvelles conventions de la CPAM, les prothèses amovibles complètes en résine

peuvent être en RACO, il existe également des aides financières par la sécurité sociale en cas de demande exceptionnelle. Outre l'aspect financier, il faut également les avertir des répercussions physiologiques de ne pas être appareillé.

Si le patient bénéficie d'aidants, leur rôle va être capital également afin de déceler la nécessité d'un suivi bucco-dentaire. Ils jouent un rôle non négligeable pour la coordination des soins, pour le lien entre le patient et l'équipe médicale en veillant à ce que les instructions médicales soient suivies et que les rendez-vous soient respectés, mais également gérer les autres aspects des soins quotidiens, comme la nutrition et l'hygiène, en tenant compte de la présence de prothèse éventuellement. Une équipe paramédicale pluridisciplinaire intervient également comme l'équipe des diététiciens. Ce dernier doit s'assurer :

- De la tolérance digestive de la NE,
- De l'amélioration ou du maintien de l'état nutritionnel,
- Du retentissement de la NE sur la qualité de vie du patient.

A l'hôpital, le(a) diététicien(ne) et les infirmières de l'UNAD participent à l'information du patient et / ou de son entourage concernant la nutrition entérale et initient avec d'autres professionnels des actions d'éducation thérapeutique selon les capacités et les souhaits du patient. L'objectif étant de rendre le patient plus autonome, en facilitant son adhésion au traitement et en améliorant sa qualité de vie. A domicile, le diététicien du prestataire de service poursuit des actions d'éducation thérapeutique auprès du patient et/ou de son entourage. Le diététicien du prestataire informe les IDE libéraux sur l'utilisation du matériel. Ces actions d'éducation porteront sur :

- les techniques d'instillation de la NE,
- les règles d'hygiène,
- l'hydratation du patient,
- le rinçage de la sonde,
- le passage des médicaments,
- les conduites à tenir en cas de complications
- les soins et surveillance de la sonde.

Ces actions et leurs évaluations seront tracées dans le dossier du patient hospitalisé et

transmises au prestataire de service. Cependant il n'existe pas de recommandations systématiques concernant l'hygiène bucco-dentaire. Il serait donc intéressant que soit inclus le chirurgien-dentiste dans cette équipe pluridisciplinaire. En effet comme vu précédemment, les risques d'érosion sont présents, la présence de tartre est plus fréquente également [17]. Du fait des antécédents médicaux et des traitements, il est important que les patients soient suivis par un(e) dentiste afin de prodiguer des conseils HBD, surveiller le port de gouttières de fluoruration par exemple, d'éviter qu'apparaissent des foyers infectieux et/ou douloureux.

Selon l'UFSBD et l'INSEE, environ 16% de français de plus de 65 ans présentent une édentation totale, sachant qu'avec l'âge, les comorbidités sont plus fréquentes. Suite à deux études en France, 39 000 adultes seraient pris en charge chaque année en NED ainsi que 8000 enfants [18-19-20].

En parallèle, les indications de gastrostomie peuvent également être prescrites pour les enfants. Ce travail, ouvre la réflexion concernant la prise en charge des enfants porteurs de gastrostomie et le rôle du pédodontiste dans cette PEC. Concernant les enfants, selon le Pr T. Marquillier intervenant à l'hôpital de Jeanne de Flandre pédiatrie de Lille, l'orientation de ceux-ci vers le pédodontiste n'est pas systématique. Quand il y a une demande le pédodontiste reçoit l'enfant avec le gastro-pédiatre en consultation mais uniquement si une demande a été émise. Il existe cependant une prise en charge par les orthophonistes pour les troubles de l'oralité qu'engendrent les gastrostomies posées précocement (perception de la bouche, perception du schéma corporel...). Il serait très intéressant de sensibiliser dès le jeune âge cette population à l'hygiène bucco-dentaire et tout comme chez l'adulte de mettre en place une orientation vers le pédodontiste de manière systématique.

5. Conclusion et perspectives

Le patient bénéficiant d'une gastrostomie est souvent un patient présentant des polyopathologies, du fait de son état de santé, ou en vue de l'instauration d'un traitement lourd ou chirurgical, le dentiste peut être sollicité pour éliminer tout foyer infectieux et/ou douloureux qui pourrait fragiliser encore plus ces patients. Si ce patient présente un édentement, le choix revient à ce dernier de décider s'il souhaite être appareillé, mais il est du rôle du praticien de l'alerter sur les bénéfices de la PA même s'il est porteur de gastrostomie. En outre le praticien assure entre autres, un rôle non négligeable dans la prévention, le traitement en cas de lésions amélares, d'hyposialies et de ses conséquences sur l'état bucco-dentaire.

Une sensibilisation de ces patients au sein des UNAD est nécessaire, ainsi que les aidants, et les prestataires, afin de favoriser un échange multidisciplinaire et de renforcer cette prise en charge transversale. Avec en premier lieu la remise d'un livret/document d'information générale sur la nutrition entérale (par le service ou par le prestataire), des documents personnalisés sur l'alimentation à texture adaptée à destination des aidants (auxiliaire, famille) ou encore dans les circonstances d'un patient porteur de gastrostomie, une sensibilisation à l'hygiène buccodentaire, ainsi qu'à la réhabilitation orale en détaillant ses avantages notables.

Une proposition de fiche concernant l'HBD, le suivi dentaire à destination des patients de l'UNAD a été réalisée, voir annexe 4.

Pour donner suite à notre cas clinique, une étude serait également intéressante sur le nombre d'édentés totaux et le nombre de patients bénéficiant d'une gastrostomie, en se basant sur les données épidémiologiques fournies par la sécurité sociale par exemple en croisant les codes CCAM de chaque discipline, ceux concernant la prothèse amovible complète bi-maxillaire (HBLD035) et ceux concernant la gastrostomie (HFCB001 par exemple).

Annexe 1 : Tarif en vigueur des différents actes.

17 novembre 2009

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 158 sur 170

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Avis de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale inscrits à la section 5, chapitre 1^{er}, titre I^{er}, de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR : SASS0926709V

En application des conventions signées entre le comité économique des produits de santé et chacun pour ce qui les concerne, le Syndicat national des associations d'assistance à domicile (SNADOM), le Syndicat français des aliments de l'enfance et de la nutrition clinique (SFAENC), le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM), le Syndicat national des services et technologies de santé au domicile (SYNALAM) et l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM), les tarifs, les prix limites de vente au public (PLV) et le cas échéant les prix de vente maximum hors taxes au distributeur revendant directement aux assurés sociaux (dénommé ci-après prix de cession) de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale inscrits aux sous-sections 2 et 3, section 5, chapitre 1^{er}, titre I^{er}, sont fixés comme suit :

CODE	DÉSIGNATION	PRIX DE CESSION (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)
1153480	Nutrition entérale, forfait de première installation. La prestation de première installation est prescrite pour une durée de 14 jours et une seule fois pour un malade.....		178,00	178,00
1111902	Nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité. Forfait 1, sans pompe ou par gravité.....		61,13	61,13
1176876	Nutrition entérale, forfait hebdomadaire avec pompe ou régulateur de débit. Forfait 2, avec pompe ou régulateur de débit.....		83,24	83,24
1125695	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 500 ml.	2,41	3,24	3,24
1108320	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 1 000 ml.....	4,82	6,48	6,48
1121600	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg, 1 500 ml.....	7,23	9,72	9,72
1164264	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 500 ml.....	2,51	3,38	3,38
1129747	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 1 500 ml.....	5,02	6,76	6,76
1100413	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg, 1 500 ml.....	7,53	10,14	10,14
1146071	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg., 500 ml.....	2,92	3,93	3,93
1191002	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg., 1 500 ml.....	5,84	7,86	7,86

CODE	DÉSIGNATION	PRIX DE CESSION (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)
1128630	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg., 1 500 ml.....	8,76	11,79	11,79
1150523	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 500 ml.....	2,85	3,84	3,84
1134323	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 1 500 ml.....	5,70	7,68	7,68
1140482	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. normoénerg, 1 500 ml.....	8,55	11,52	11,52
1192007	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 500 ml.	2,95	3,97	3,97
1124690	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 1 500 ml.....	5,90	7,94	7,94
1144920	Nutrition entérale, adulte, mél poly hyperprot. hyperénerg, 1 500 ml.....	8,85	11,91	11,91
1154099	Nutrition entérale, bouton de gastrostomie ou de jéjunostomie et ses accessoires.....		243,92	243,92
1152060	Bouton de gastrostomie, prolongateur adaptable, renouvellement.		11,43	11,43
1130578	Nutrition entérale, sonde en PVC naso-gastrique ou naso-jéjunale.		0,54	0,54
1193780	Nutrition entérale, sonde polyuréthane/silicone, naso-gastrique ou naso-jéjunale.		5,30	5,30
1168411	Nutrition entérale, sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, remplacement		40,00	40,00

Annexe 2 : Exemple de fiche UNAD.



Toute notre équipe est à votre écoute et pourra répondre à vos interrogations au :

03.20.44.48.50.

Dietéticien :

Unité Mobile de Soutien Nutritionnel
Hôpital Claude Huriez
Rue Philippe Marache
59037 LILLE CEDEX

Version 11/03/2010



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

Nutrition entérale :
Quand, Pourquoi, Comment



Aide à la prévention et à la prise en charge de la dénutrition

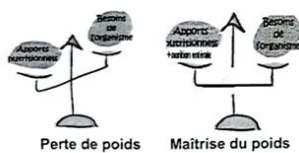
Quand ?

Lors de votre séjour à l'hôpital, le maintien de votre état nutritionnel est **fondamental** pour limiter :

- ✗ Les complications (infections, retard de cicatrisation,...)
- ✗ Les effets indésirables des traitements
- ✗ La durée de séjour

Une nutrition entérale (nutrition par les voies digestives) est proposée lorsque :

Augmentation besoins nutritionnels (maladie) +
perte d'appétit =
PERTE DE POIDS



Comment ?

La **nutrition entérale** nécessite la mise en place d'une sonde naso-gastrique. Cette technique d'alimentation est simple, efficace et de bonne tolérance.

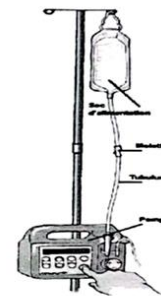
Une sonde fine et souple est introduite par la narine et descend dans l'estomac. Ce geste est rapide et indolore.

Cette sonde peut rester en place au quotidien ou être reposée au moment de la nutrition. Si vous le souhaitez, une infirmière peut vous montrer comment poser la sonde vous-même.



sonde nasogastrique

L'administration de la nutrition se fait à l'aide d'une pompe, de préférence la nuit.



La nutrition peut être poursuivie au domicile car sa durée est fonction des **bénéfices** attendus :

- ✗ Maîtrise du poids
- ✗ Stimulation de votre appétit
- ✗ Amélioration de votre moral
- ✗ Augmentation de votre force physique
- ✗ Amélioration des escarres
- ✗ Amélioration de la cicatrisation

Pourquoi ?

Cette technique complète votre alimentation orale. Elle permet de maintenir l'activité de votre tube digestif. De plus, elle facilite la reprise de votre alimentation en stimulant votre appétit. La **nutrition entérale** fait partie intégrante de votre traitement.

La **nutrition entérale** apporte, par une poche de mélange nutritif prête à l'emploi, énergie, protéines et vitamines nécessaires au bon fonctionnement de votre organisme.

Sa composition est la plus proche de votre alimentation.



Projet d'autorisation d'exploiter l'image d'une personne photographiée

L'exploitation de l'image d'une personne est subordonnée à son autorisation sauf dans des cas spécifiques.

Je soussigné(e)

Demeurant ISABEAU DE ROUBAIX

Téléphone

Consens à être photographié(e) le 25/07 par Madame LE Docteur SEGUY Florence, agissant pour le compte du centre hospitalier de Roubaix, dans le cadre d'une thèse

et autorise MADE SEGUY à reproduire et à diffuser, directement ou par l'intermédiaire de tiers, à titre non exclusif et pour le monde entier, les photographies me représentant ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, sous toute forme et sur tous supports y compris dans le cadre d'exploitations commerciales.

Le droit d'exploiter les photographies me représentant comprend notamment¹ :

- ☒ Documents de communication physique ou numérique (brochures, cartes de visite, papier à en-tête, affiches, kakémonos, site Internet, bannières...)
- ☒ Édition numérique (cd-rom, dvd, cd photo, vidéodisque...)
- ☒ Articles de presse (magazines, quotidiens et périodiques accrédités par la commission paritaire)
- ☒ Annonce presse (insertion publicitaire dans la presse)
- ☒ Internet (ordinateurs fixes et portables, smartphones, tablettes...)

Les utilisations de mon image ne devront en aucune façon porter atteinte à ma vie privée, et plus généralement me nuire ou me causer un quelconque préjudice.

Je reconnais par ailleurs que je ne suis lié(e) à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Cette autorisation de l'utilisation de mon image à une validité de 10 ans à compter de sa signature et est consentie à titre gracieux.

Fait à ROUBAIX , le 25/07/2024

Signature de l'intéressé(e)

¹ À compléter en fonction des exploitations envisagées.

Modèle APIE

Dernière mise à jour : mars 2011

Scanné avec CamScanner



The infographic is set against a blue background. At the top left is the logo for 'CHU LILLE' featuring a stylized figure and a yellow circle. To its right is the text 'UNAD' in large blue letters, followed by 'UNITÉ DE NUTRITION ARTIFICIELLE À DOMICILE' in smaller blue letters. In the center, two white teeth are shown; the one on the right has three yellow stars above it. Below the teeth, the text 'Prendre soin de votre bouche' is written in a yellow, curved font. Below this, a list of advice is provided in white text, each preceded by a checkmark. At the bottom, a row of six white teeth is shown, and below that is a solid pink horizontal bar.

CHU LILLE

UNAD
UNITÉ DE NUTRITION
ARTIFICIELLE À DOMICILE

Prendre soin de votre bouche

✓ **Même sans alimentation par la bouche, votre santé bucco-dentaire est essentielle !**

✓ Une bouche propre = plus de confort, moins de douleurs et moins d'infections.
✓ Prévoyez un contrôle régulier chez le dentiste au minimum 2 fois par an.
✓ Brossez vous les dents 2 fois par jour avec une brosse à dents à poils souples ou une brosse à dents électrique, et du dentifrice avec du fluor pendant 2 à 3 minutes. En fonction de votre âge, les recommandations selon l'UFSBD en matière de fluor compris dans le dentifrice est : 1000ppm jusqu'à 6 ans, et à partir de 6 ans jusqu'à l'âge adulte entre 1000 et 1450ppm de fluor.
✓ Veillez à bien humidifier régulièrement la bouche pour éviter la sécheresse buccale.
✓ En cas de sécheresse buccale, favorisez la production de salive en mâchant du chewing-gum, ou prenez des substituts salivaires.
✓ Si vous êtes porteur d'une prothèse amovible, voici quelques recommandations: brossez la avec une brosse à dents adaptée aux prothèses et de l'eau. Laissez la prothèse la nuit hors de la bouche dans une boîte humidifiée adaptée.

Références bibliographiques

[1] Pompignoli M, Doukhan J.Y, Raux D. Prothèse complète clinique et laboratoire. Paris: Cdp ;2005. 353 p.

[2] Pouysségur V, Laupie J, Mahler P. Impact de la détérioration buccale sur le processus de vieillissement. Chir Dent Fr. 2005;12333 :1502-15.

[3] Abdelhakim EM. Prise en charge d'un patient édenté total avec des prothèses amovibles complètes : les différentes étapes cliniques [thèse]. Lille : Université ;2022. 67 p.

[4] Balshi SF, Johansson B. Protocols for immediate loading of Branemark implants in edentulous mandibles : A 5-year retrospective study. J Oral Maxillofacial Surgery. 2005 ;63(9) :1207-13.

[5] Jahangiri L, Devlin H, Ting K, Nishimura I. Current perspectives in residual ridge remodeling and its clinical implications: a review. J Prosthet Dent. 1998;80(2):224-37.

[6] Vacher C, Cyna Gorse F, Nokovitch L. Anatomie et imagerie de l'articulation temporo-mandibulaire. Revue du Rhumatisme Monographies. 2021;88(4):287-92.

[7] Lassauzay C, Veyrune J.L. Mastication et édentement total. Stratégie prothétique. 2009 :233-239.

[8] Hue O, Berteretche M.V. Prothèse complète. Réalités cliniques, solutions thérapeutiques. Paris: Quintessence International ; 2003. 292 p.

[9] Jaudoin P, Coutarel-Fond C, Millet C. Aspects psychologiques de l'édentation totale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-325-B-08, 2007.

[10] Simon D. La nutrition entérale par gastrostomie : aspects techniques et cliniques [thèse]. Lorraine : Université ; 2009. 112 p.

[11] Lambe C, Colomb V. Alimentation entérale sur gastrostomie : indications et méthodes. Arch Pediatr. 2010 ;17(6) :645-652.

[12] Gnika R Sclérose Latérale Amyotrophique Dysphagie Gastrostomie Alimentation-Plaisir : comment, après la gastrostomie, la gustation et l'adaptation de l'alimentation aident à entretenir la déglutition [thèse]. Lille : Université; 2011. 130 p.

[13] Brisse C. Bonnes pratiques : nutrition entérale. Compte-rendu du groupe de travail du CESAP. Paris ; 2013. 40 p.

[14] Olivier L, Claire G. Aspects pratiques de la nutrition entérale. Rev Sci. 1997 juin;4(3) :14-21.

[15] Soins et surveillance des abords digestifs de la nutrition entérale chez l'adulte hospitalisé et à domicile, ANAES 2000. 128 p.

[16]. Marie H. Les soins bucco-dentaires chez la personne alimentée par voie non orale [thèse]. Lille : Université ; 2015. 107 p.

[17] Clémence M. Gastrostomie chez l'enfant polyhandicapé : répercussions orales. Evaluation au sein d'un service de pédiatrie et propositions thérapeutiques [thèse]. Lorraine : Université ; 2017. 118 p.

[18] Danel Buhl N, Lescut D, Bouteloup C, Dauchet L, De Luca A, Delarue J, Hasselmann M, Jesus P, Fayemendy P, Pham S, Piton G, Raynard B, Turquet A, Gower C, Hennequin V. Epidémiologie de la nutrition entérale à domicile chez l'adulte en France. Nutr Clin Métabol. 2019 ;33(4) :283-9.

[19] Assous R. Attitude des chirurgiens-dentistes dans le traitement des édentements totaux : enquête sur les pratiques des praticiens d'Ile-de-France. Science du vivant [mémoire].Dumas-03338258. 2019.

[20] Dehak R, Guimber D, Ley D, Coopman S, Michaud L, Gottrand F, Lescut D. Epidémiologie de la nutrition artificielle à domicile en pédiatrie dans la région des hauts de France en 2016 : étude préliminaire. Nutr Clin Métab. 2019 ; 16;33(1) :26.

Webographie

- [1] Protocole de réalisation d'une prothèse complète bimaxillaire par CFAO. Information dentaire. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/formations/protocole-de-realisation-d-une-prothese-complete-bimaxillaire-par-cfao>
- [2] Gastrostomie. CHU de Québec : Université Laval. Disponible sur : <https://www.chudequebec.ca/patient/maladies-soins-et-services/m-informer-sur-ma-maladie-ou-ma-condition/dysfonction-de-larticulation-temporo-mandibulaire.aspx>
- [3] Gestion de la dimension verticale en prothèse amovible complète. Information dentaire. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/formations/gestion-de-la-dimension-verticale-en-prothse-amovible-complte/>
- [4] Approche esthétique en prothèse amovible complète. Disponible sur : <https://aos.edpsciences.org/articles/aos/abs/2013/06/aos2013266p16/aos2013266p16.html>
- [5] Nutrition clinique et métabolique. Disponible sur : <https://www.sfnm.org/page/2646225-outils-realises-par-la-sfnm>
- [6] Maréchal C. Gastrostomie chez l'enfant polyhandicapé. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931799v1/document>
- [7] Apotecnia. Disponible sur : <https://www.kelis-medical.com/shop/category/nutrition-enterale-2731>
- [8] Conseils d'hygiène et nutrition entérale. Disponible sur : <https://www.nestlehealthscience.fr/sites/default/files/2020-05/r%C3%A8gles%20d%27hygi%C3%A8ne%20et%20nutrition%20ent%C3%A9rale.pdf>
- [9] Conseils en cas de dysphagie. Disponible sur : <https://www.nestlehealthscience.ch/sites/default/files/2020-08/IDDSI%20Brochure%20patients%20FR.pdf>

Tables des Illustrations

Figure 1 : Illustration d'une prothèse amovible complète bi-maxillaire.....	18
Figure 2 : illustration décrivant l'articulation temporo-mandibulaire.....	20
Figure 3 : Égalité théorique des trois étages de la face.....	21
Figure 4 : Les critères esthétiques.....	23
Figure 5 : Arbre décisionnel de la nutrition entérale.....	27
Figure 6 : Schéma d'une sonde de gastrostomie.....	29
Figure 7 : Les différents boutons de gastrostomie.....	30
Figure 8 : Informations et instructions pour les patients, Nestlé.....	35
Figure 9 : Conseil en cas de dysphagie, Nestlé.....	35
Figure 10 : Photographie de la crête édentée maxillaire du patient.....	37
Figure 11 : Photographie de la crête édentée mandibulaire du patient.....	37
Figure 12 : Photographie de profil du patient.....	38
Figure 13 : Photographie bouche fermée.....	38
Figure 14 : Photographie du sourire du patient sans la prothèse.....	38
Figure 15 : Photographie du sourire du patient avec prothèse en bouche.....	39
Figure 16 : Photographie de profil avec le port de la prothèse.....	39
Annexe 1 : Tarif en vigueur des différents actes.....	45-46
Annexe 2 : Exemple de fiche UNAD.....	47
Annexe 3 : Autorisation d'exploitation des photographies signée par le patient.....	48
Annexe 4 : Proposition d'une fiche sur les conseils HBD à destination des UNAD.....	49

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2025

Les intérêts de la prothèse amovible complète chez le patient porteur de gastrostomie/ **Bilel GHAZOUANI**. - p. (56) ; ill. (22) ; réf. (29)

Domaines : Santé publique/éthique

Mots clés Libres : prothèse amovible complète, gastrostomie, alimentation artificielle, nutrition

Résumé de la thèse en français

Les intérêts de la réhabilitation prothétique complète sur les plans esthétiques, fonctionnels et psychologiques ne sont plus à démontrer.

Ce travail a pour but de mettre en lumière ces intérêts auprès d'une population spécifique : le patient porteur d'une gastrostomie. La prothèse définitive complète doit être proposée même si le patient bénéficie d'une gastrostomie. Dans notre cas, elle a permis de montrer son impact relationnel. Il est important également de ne pas oublier la place du chirurgien-dentiste dans le suivi des patients bénéficiant d'une nutrition artificielle afin d'assurer : des conseils d'hygiène bucco-dentaire, prévenir l'apparition de foyers infectieux et ou douloureux.

JURY :

Président : Pr M. DEHURTEVENT

Assesseurs : Dr M. SAVIGNAT

Dr X. COUTEL

Dr F. SEGUY

Membres invités