

Soins bucco-dentaires et chirurgie bariatrique : une nécessaire synergie

PARTIE 2. LES ACTIONS POSSIBLES DE L'ÉQUIPE MÉDICALE



Dr Jean-Noël Vergnes

MCU-PH, UFR odontologie de Toulouse, CHU de Toulouse

La prévalence des problèmes bucco-dentaires chez la personne obèse est particulièrement importante (1). Dans une première partie (*lire Diabète & Obésité 136, 204-8*), nous avons vu que les traitements bucco-dentaires et la chirurgie bariatrique ne peuvent pas être dispensés de façon optimale s'ils sont menés de façon indépendante. Une synergie positive se crée lorsque les actions thérapeutiques sont coordonnées. La forte intrication entre ces actions s'explique non seulement par le fait qu'elles concernent un même individu, mais aussi un même système physiologique : le système digestif. Pourtant, cette coordination des actions thérapeutiques est encore trop peu développée de nos jours. De plus, l'action thérapeutique ne se limite pas aux gestes chirurgicaux : ceux-ci doivent être envisagés dans un contexte global incluant le patient et les parcours de soins.

Dans cette seconde partie, nous

allons présenter les quatre différentes actions qu'une équipe médicale de chirurgie bariatrique peut mettre en place afin d'optimiser la prise en charge des patients, via une meilleure prise en compte des problématiques bucco-dentaires.

Action de réseautage

En premier lieu, il est important de constituer autour de l'équipe médicale un réseau d'acteurs de santé incluant des chirurgiens-dentistes. Etienne Minvielle décrit dans son ouvrage « *Le patient et le système* » l'action de « *gersiner* », consistant à « *gérer la singularité à grande échelle* » (2).

L'identification de l'acteur de santé

L'idée est d'anticiper les obstacles à la coordination, le premier d'entre eux étant l'identification de l'acteur de santé – ici le chirurgien-dentiste. À ce stade, il ne s'agit pas

de coordonner un parcours de soins, mais bien de favoriser les conditions favorables à une coordination efficace. Le but est d'échanger entre équipes médicales et dentaires afin notamment, mais pas seulement, d'organiser des parcours de soins multidisciplinaires.

Cette démarche ne rentre pas du tout en conflit avec la notion de dentiste traitant, d'une part parce que de nombreux patients n'ont pas de dentistes traitants, d'autre part parce que le réseautage n'a pas comme seul objectif la coordination des parcours de soins individuels. Ainsi, par exemple, les chirurgiens-dentistes identifiés comme **dentistes-partenaires** pourront être les interlocuteurs privilégiés de certaines questions organisationnelles, comme la formation de l'équipe médicale sur la thématique bucco-dentaire, l'organisation de séances d'éducation thérapeutique, ou la participation aux consultations diététiques collectives incluant la problématique bucco-dentaire.

La médecine bucco-dentaire

Ainsi, le réseautage consiste à développer et entretenir des relations interprofessionnelles synergiques et bénéfiques pour le patient. En France, tout chirurgien-dentiste est qualifié pour prendre en

La médecine bucco-dentaire vise à former des praticiens aptes à prendre en charge des patients pour lesquels des raisons diverses ont constitué un obstacle aux soins ou à la prévention bucco-dentaire dans le cadre de la pratique odontologique généraliste.

charge les patients en tenant compte de leur santé générale. Toutefois, pour répondre à la complexification des prises en charge médicales dans le domaine bucco-dentaire, une nouvelle spécialité odontologique a été créée en 2011: la **médecine bucco-dentaire** (MBD). Cette spécialisation vise à former des praticiens aptes à prendre en charge des patients pour lesquels des raisons médicales, sociales, cognitives, sensorielles, psychiques, physiques et/ou techniques ont constitué un obstacle aux soins ou à la prévention bucco-dentaire dans le cadre de la pratique odontologique généraliste. Les conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes recensent l'ensemble des chirurgiens-dentistes qualifiés en MBD. En plus des chirurgiens-dentistes omnipraticiens et des chirurgiens-dentistes qualifiés en MBD, il existe une possibilité de réseautage avec **les équipes hospitalières des services d'odontologie des CHU** (comprenant des praticiens hospitaliers et des internes du Diplôme d'études spécialisées en MBD).

Actions upstreams de prescription sociale

Le réseautage consiste également à identifier les professionnels permettant d'agir sur **les déterminants de la santé en lien avec l'obésité (3) et les maladies bucco-dentaires (4)** (actions upstreams de prescription sociale).

La recherche d'aides financières

Enfin, dans le domaine bucco-dentaire, certains services hospitaliers d'odontologie travaillent avec une assistante sociale, dont un des rôles peut être la recherche d'aides financières pour la prise en charge des soins bucco-dentaires de personnes

à besoins spécifiques. Le caractère pluridisciplinaire de la demande, appuyé par l'équipe médicale, a une influence positive sur les chances de prise en charge (partielle ou totale) **des éventuels soins non pris en charge par l'Assurance maladie.**

Évocation active du sujet bucco-dentaire

Le renoncement à un suivi dentaire régulière

En France, comme dans de nombreux pays industrialisés, une part importante de la population – et notamment les personnes en situation de précarité – consulte un chirurgien-dentiste essentiellement lors de situations d'urgence (5). Ce renoncement à un suivi dentaire régulier s'explique en partie par les coûts (réels ou supposés) des soins dentaires, associés à l'anxiété liée aux soins dentaires (la phobie dentaire concernerait environ 15 % de la population générale (6)). Sur le plan épidémiologique, **les personnes qui ne consultent pas régulièrement un chirurgien-dentiste sont souvent celles qui présentent le plus de facteurs de risque associés à la fois aux maladies bucco-dentaires et à l'obésité** (notamment une alimentation fréquente et sucrée, et un faible niveau socio-économique – cf. *Partie 1, Diabète & Obésité 136*). De plus, les patients reçus par les équipes de chirurgie bariatrique présentent d'importants facteurs de risque de maladies bucco-dentaires (7).

Les objectifs

Dans ce contexte, l'évocation du sujet bucco-dentaire avec le patient revient à :

- **montrer l'intérêt de l'équipe médicale pour la santé**

bucco-dentaire. Cet intérêt s'inscrit dans une démarche authentique de prise en charge globale du patient, et peut constituer un **levier de motivation** du patient pour des soins bucco-dentaires souvent relégués au second plan.

- **Explorer la perception du patient vis-à-vis de sa santé bucco-dentaire**, sur les plans fonctionnels (**mastication**, douleurs, gênes), mais aussi personnels (aspects esthétiques du sourire, de la relation à autrui, phobie dentaire) et sociaux (accès aux soins bucco-dentaires, couverture médicale, identification d'un dentiste traitant). Cette exploration facilitera la coordination de soins personnalisés par l'équipe médicale.

- **Expliquer au patient la synergie thérapeutique entre la chirurgie bariatrique et les traitements bucco-dentaires** (cf. *Partie 1, Diabète & Obésité 136*).

- **Informé le patient** des pré-requis importants à la chirurgie bariatrique (fonction masticatoire) et des conséquences potentielles de la chirurgie bariatrique sur la cavité buccale.

L'évocation active de la santé bucco-dentaire n'est pleinement utile et efficace que si elle est menée dans un environnement dans lequel la confection de parcours personnalisés est possible, d'où l'importance du réseautage préalable.

Examen de la cavité buccale et de la fonction masticatoire

Le dépistage primaire

L'examen clinique mené au moyen d'un abaisse-langue permet de mettre en évidence :

- des lésions carieuses profondes

(signe de maladie carieuse),

- des mobilités dentaires importantes (signe de maladie parodontale, cf. http://gumcare.info/grand_public/accueil.html),
- des inadaptations prothétiques,
- ou d'autres signes évocateurs de troubles pas toujours identifiés par le patient.

Ce dépistage primaire est particulièrement important pour les patients n'ayant pas consulté de chirurgien-dentiste depuis plusieurs années. Il peut être complété par l'analyse du débit salivaire et de la qualité (pH) de la salive, afin d'initier un suivi du risque carieux individuel.

L'évaluation de la fonction masticatoire

De surcroît, l'examen clinique va permettre d'organiser un temps d'évaluation de la fonction masticatoire, un paramètre particulièrement important en consultation de chirurgie bariatrique. Il existe plusieurs moyens pour évaluer la fonction masticatoire.

> Entretien avec le patient

Le patient est-il capable de manger une pomme ? Un sandwich ? Choisit-il son alimentation en fonction de ses capacités masticatoires ?

> Évaluation du coefficient masticatoire

Il est compris entre 0 % (édentement total non compensé) et 100 % (toutes les dents présentes, avec un engrènement normal). L'utilité de ce coefficient est toutefois limitée car, à coefficient égal, différentes personnes auront des capacités masticatoires différentes.

> Comptage du nombre de dents absentes (non remplacées par des dents prothétiques fonctionnelles)

La prise en compte du nombre d'unités fonctionnelles postérieures (UFP), comprenant les prémolaires et les molaires, est particulièrement importante pour les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Bien que le nombre de dents ne soit que très imparfaitement lié aux capacités masticatoires, il est généralement admis qu'une mastication devient dysfonctionnelle en dessous de 20 dents présentes (8).

> Comptage du nombre d'unités fonctionnelles

Il s'agit du nombre de contacts interdentaires entre les dents maxillaires et mandibulaires ; le nombre maximal est de 16. En général, un nombre de 10 unités fonctionnelles permet une mastication efficace (8). Il est considéré qu'une arcade courte comprenant toutes les dents antérieures et les huit prémolaires permet une fonction acceptable (9). La prise en compte du nombre d'unités fonctionnelles postérieures (UFP), comprenant les prémolaires et les molaires, est particulièrement importante pour les patients candidats à la chirurgie bariatrique. Un minimum de quatre UFP est nécessaire pour la fonction masticatoire (9). Les dents cuspidées (prémolaires et molaires) sont à la fois les dents les plus impliquées dans la fonction masticatoire et les plus pourvues en récepteurs desmodontaux (en lien avec la physiologie de la satiété).

> Mesure de la performance masticatoire objective

Il existe de nombreuses méthodes pour évaluer objectivement la performance masticatoire (10). La méthode la plus ancienne consiste à faire mastiquer des carottes,

amandes ou matériaux à base de silicone, puis de les faire cracher et mesurer la taille des particules à l'aide de tamis : plus la taille des particules est petite, meilleure est la performance masticatoire (10). D'autres méthodes sont décrites :

- analyse numérique de la taille des particules,
- mesure au spectrophotomètre du colorant libéré ou du glucose libéré par des particules alimentaires standardisées,
- ou encore degré de mélange de chewing-gums, cire ou gommages bicolores (10).

Ces méthodes restent peu utilisables en routine, et n'apportent pas beaucoup plus d'informations que l'écoute du patient associée au comptage des UFP.

L'ensemble de ces évaluations cliniques peut être réalisé par l'équipe médicale, éventuellement guidée dans un premier temps par les chirurgiens-dentistes partenaires identifiés au préalable. Une demi-journée de formation guidée suffit à acquérir les compétences nécessaires pour la conduite d'un examen bucco-dentaire généraliste.

Coordination des soins bucco-dentaires

Enfin, l'équipe médicale a un rôle majeur dans la coordination des soins bucco-dentaires, et ce aussi bien avant qu'après la chirurgie bariatrique. Cette coordination pourra impliquer l'action exclusive des

chirurgiens-dentistes partenaires, l'action exclusive du chirurgien-dentiste traitant ou bien l'action conjointe de ces derniers.

L'équipe médicale veillera à ce que certaines particularités propres à la chirurgie bariatrique soient prises en compte dans le plan de traitement bucco-dentaire.

Avant la chirurgie bariatrique

• **Identifier les barrières à l'accès aux soins bucco-dentaires** et les partager aux différents partenaires du réseau.

• **Coordonner les messages nutritionnels.** Il est intéressant d'associer au bilan nutritionnel mené par l'équipe médicale une évaluation du risque carieux individuel et de la qualité de vie orale (GOHAI).

• **Réhabiliter la fonction masticatoire** en privilégiant les unités fonctionnelles postérieures. La perspective d'une chirurgie bariatrique, avec l'importance fondamentale des molaires dans la mastication et la physiologie de la satiété, peut orienter un plan de traitement bucco-dentaire par rapport à une situation de routine. Par exemple, les dents de sagesse ou les restes radiculaires conservables de molaires seront davantage traités, et les prothèses fixes largement préférées aux prothèses amovibles.

• **Traiter la maladie carieuse et parodontale** et restaurer les pertes de substances dentaires. Les personnes en ALD pour le diabète bénéficient depuis 2019 de la prise en charge des soins parodontaux.

Attention, l'épisode de soins bucco-dentaires pré-chirurgie bariatrique peut durer plusieurs mois (notamment en cas de réhabilitation prothétique).

Après la chirurgie bariatrique

• **Surveillance des modifications du goût, de la fréquence des reflux gastro-oesophagiens ou de l'apparition de troubles du flux salivaire** (11). Des mesures préventives peuvent être indiquées (exemple : fluoruration topique) en cas de nécessité. L'apparition d'érosions, ou l'augmentation de l'acidité du milieu buccal (par comparaison aux tests salivaires réalisés avant l'opération) peut également mener à prendre des mesures de protection de l'émail.

• **Surveillance de l'adaptation des prothèses amovibles.** Bien que la preuve d'un lien entre la perte de poids et l'inadaptation des prothèses amovibles n'ait pas été établie, ceci est parfois observé et justifie une surveillance.

• En tant que maladies chroniques, les maladies carieuses et

parodontales nécessitent un suivi **cariologique et parodontal** (suivi bucco-dentaire régulier tous les 3 mois en post-opératoire).

Conclusion

Au niveau buccal, l'objectif thérapeutique d'un patient bénéficiant d'une chirurgie bariatrique doit permettre d'atteindre une mastication lente, efficace, avec un maximum de récepteurs desmodontaux sollicités, en l'absence de douleurs, et avec un minimum d'inflammation parodontale. L'équipe médicale a un rôle important à jouer dans la création d'un réseau de soins comprenant les professionnels de la santé bucco-dentaire, dans l'évocation des problématiques bucco-dentaires au patient, dans l'examen clinique de la cavité buccale et dans l'organisation d'un parcours de soins personnalisé. ■

✳ L'auteur déclare en pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le sujet de cet article.

Mots-clés :

Soins bucco-dentaires, Obésité, Réseautage, Suivi dentaire, Fonction masticatoire, Dépistage, Chirurgie bariatrique, Coordination



Bibliographie

1. Yamashita JM, Moura-Grec PG de, Freitas AR de et al. Assessment of oral conditions and quality of life in morbid obese and normal weight individuals: a cross-sectional study. *Plos One* 2015 ; 10 : e0129687.
2. Minvielle E. Le patient et le système : en quête d'une organisation sur mesure. Approches innovantes du parcours de santé. Paris : Seli Arslan ; 2018. 288 p.
3. Lakerveld J, Mackenbach J. The upstream determinants of adult obesity. *Obes Facts* 2017 ; 10 : 216-22.
4. Bedos C, Apelian N, Vergnes JN. Social dentistry: an old heritage for a new professional approach. *Br Dent J* 2018 ; 225 : 357-62.
5. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How people on social assistance perceive, experience, and improve oral health. *J Dent Res* 2009 ; 88 : 653-7.
6. Oosterink FMD, Jongh AD, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci* 2009 ; 117 : 135-43.

7. Almedia Bastos IH de, Alves ES, Sousa CD de et al. Prevalence of risk factors for oral diseases in obese patients referred for bariatric surgery. *J Am Dent Assoc* 2018 ; 149 : 1032-7.
8. Gotfredsen K, Walls AWG. What dentition assures oral function? *Clin Oral Implants Res* 2007 ; 18 : 34-45.
9. Kanno T, Carlsson GE. A review of the shortened dental arch concept focusing on the work by the Käyser/Nijmegen group. *J Oral Rehabil* 2006 ; 33 : 850-62.
10. Stjernfeldt PE, Sjögren P, Wårdh I, Boström AM. Systematic review of measurement properties of methods for objectively assessing masticatory performance. *Clin Exp Dent Res* 2019 ; 5 : 76-104.
11. da Silva Azevedo ML, Silva NR, da Costa Cunha Mafra CA et al. Oral health implications of bariatric surgery in morbidly obese patients: an integrative review. *Obes Surg* 2020 ; 30 : 1574-9.