

Rencontre interprofessionnelle

**LE 02 OCTOBRE
2018 À 20H**

Salle de réunion
Hôtel Mercure
27 rue Terraudière
79 000 NIORT

Prise en charge palliative
et soins bucco-dentaires :
quels rôles pour le
chirurgien-dentiste ?

ÉVÈNEMENT OUVERT À TOUT PROFESSIONNEL INTERVENANT
AUPRÈS DE PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS

Réservez
votre date
dès maintenant !



ACCÈS GRATUIT SUR RÉSERVATION PRÉALABLE

AVEC LE SOUTIEN DE :



EN PARTENARIAT AVEC :



Prise en charge palliative et soins bucco-dentaires : quels rôles pour le chirurgien-dentiste ?

Un programme en 3 étapes...

Rappels théoriques

Retour sur la notion d'approche palliative
Les soins palliatifs et
les problématiques rencontrées au niveau
de la sphère orale
La prise en charge en odontologie

Réflexions

Echanges autour
de différents cas cliniques

Débat

Identification des freins et
des leviers à l'intégration
du chirurgien-dentiste
au sein des équipes
multidisciplinaires

L'approche palliative : de quoi parle t-on ?

Docteur Corinne BOUCHAUD & Docteur Patrick AVARGUEZ
USP et EMSP Ville-Hôpital – CH Niort

Définition

- ❖ Les soins palliatifs visent l'amélioration de la **qualité de vie** des patients confrontés à une maladie potentiellement mortelle, par la prévention, l'évaluation précise et le traitement de la **douleur** et des autres problèmes **physiques, psychologiques, sociaux et spirituels**.
- ❖ Ils utilisent une approche **interdisciplinaire** et proposent un système coordonné de **soutien au patient et à ses proches**. (OMS 2002)

Définition (suite)

- ❖ Les soins palliatifs sont des soins **actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle.**
- ❖ Ils ont pour objectif, dans une **approche globale** et individualisée, de prévenir et de **soulager** les **symptômes** physiques dont la **douleur**, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins **psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.**

Définition (suite)

- ❖ Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort.
- ❖ Ils s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale
 - ❖ sont interdisciplinaires ;
 - ❖ s'adressent au malade, à sa famille et ses proches ;
 - ❖ à domicile ou en institution ;
 - ❖ peuvent prendre en charge la formation et le soutien des soignants et bénévoles.

(SFAP , ANAES 2002)

Historique

- ❖ 1874 : Création de la maison Jeanne Garnier à Paris
- ❖ 1964 : Dr Cecily Sanders « ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire » . Travail sur douleur et morphine et notion d'écoute et d'accompagnement
- ❖ 1967 : Saint Christopher Hospice avec équipe pluridisciplinaire
- ❖ 1969 : Elizabeth Kübler Ross ; « les derniers instants de la vie »
- ❖ 1987 : Création de la première unité de soins palliatifs en France Par le Dr M Abiven.
- ❖ 1989 : Création de la SFAP (Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs)

Equipe Mobile de Soins Palliatifs Ville Hôpital EMSPVH

- ❖ créée en 1998
- ❖ composée actuellement de 2 médecins, un cadre de santé, 4 IDE, 3 psychologues et une secrétaire.
- ❖ siège au CH Niort
- ❖ prend en charge les patients atteints de maladie grave, évolutive, en phase avancée ou terminale ou mettant en jeu leur pronostic vital ;
- ❖ à domicile, en institution ou à l'hôpital
- ❖ sur demande du patient, de ses proches ou de l'équipe soignante
- ❖ avec accord du médecin référent (médecin traitant, ou médecin hospitalier)

Lits identifiés soins palliatifs (LIST)

- ❖ Lits disponibles dans les services pour prendre en charge des patients en situation palliative avec budget supplémentaire accordé pour formation des membres du personnel nommés comme référents avec prise en charge particulière
- ❖ CH Melle : 4
- ❖ CH Niort : 2 en Gastro-enterologie
- ❖ CH Saint Maixent : 5
- ❖ 4 en oncologie
- ❖ Clinique Inkerman : 2
- ❖ 2 en médecine gériatrique
- ❖ 2 en pneumologie

Unité de Soins Palliatifs (USP)

- ❖ créée en 2016
- ❖ composée de 12 lits
- ❖ équipe pluridisciplinaire composée de médecins, IDE, CDS, AS , ASH , kiné, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, socio-esthéticienne, secrétaire...
- ❖ accueille les patients **les plus complexes** nécessitant le recours à une équipe pluridisciplinaire « experte » en soins palliatifs.
- ❖ Unité de **court** séjour
- ❖ Lieu de soins et d'accompagnement, de formation et de recherche.
- ❖ 60 % de décès et 40 % de sorties du service

Typologie des patients pris en charge

- ❖ **Maladie grave et incurable : espérance de vie limitée**
- ❖ **Temps restant à vivre restreint, compté**
- ❖ **Intensité de la relation, d'où importance de l'intégrité de la sphère buccale :**
 - ❖ **capacité à articuler et donc à s'exprimer**
 - ❖ **image du visage**
 - ❖ **capacité à s'alimenter, déglutir...**

Problèmes rencontrés au quotidien

Hygiène bucco-dentaire

Difficultés chez le patient très fatigué et pour les soignants :

- ❖ Quels produits faciles à conseiller ?
- ❖ Quels conseils pour les soignants (brosse à dents pédiatriques ? soins au doigt, cale bouche ???)

Problèmes rencontrés au quotidien

Xérostomie

difficultés d'élocution, désagréable, inconfortable et récurrent

- ❖ Soins de bouche aux huiles végétales, Lansoyl, brumisateurs, chewing-gum...
- ❖ Quels conseils, quels produits, quelle conduite à tenir ?

Problèmes rencontrés au quotidien

Infections bucco-dentaires : caries, mycoses, aphtoses ...

- ❖ Traitement général et local :
soins de bouche au bicarbonates et anti mycosique,
soins de bouche au Keal, Smecta....
- ❖ Quels protocoles conseillez-vous ?

Problèmes rencontrés au quotidien

Prothèses inadaptées : avec possibilité de lésions traumatiques

- ❖ Accès dentiste impossible (patient non déplaçable)
Pourtant, conséquences majeures,
au niveau alimentation, image de soi, sourire....
- ❖ Que faire, quels messages aux équipes soignantes ?
(colle, cs dentiste, coût ???)

Problèmes rencontrés au quotidien

Mucite à tous les stades : (post-chimio et autres)

- ❖ Traitement local et général (soins de bouche avec corticoïdes + lidocaine, ou S de B morphine....)
- ❖ Quels traitements les plus adaptés selon vous ?

Problèmes rencontrés au quotidien

Biphosphonates : bilan pré thérapeutique, panoramique dentaire et soins , délai....

- ❖ Quelles recommandations précises ?

Quelles sont nos attentes ?

- ❖ D'échanger sur les prises en soin pour ces patients fragiles, le plus souvent fatigués et dans l'urgence de résoudre les problèmes du fait d'un pronostic à moyen ou court terme.
- ❖ De développer les liens entre équipe SP et dentistes pour créer un réseau fiable
- ❖ De travailler ensemble dans la multi et interdisciplinarité.

Le point de vue de l'odontologiste

Docteur Marie-Hélène LACOSTE-FERRÉ, CHU Toulouse

Le paradoxe de la bouche

Fonctions vitales essentielles

Alimentation
Expression, communication
Respiration
Déglutition

Douleur, souffrance

Douleurs locales intenses
Pathologies « complexes » (dents, muqueuses, salive)

Plaisir, apaisement

Réflexe de succion

Porte d'entrée des infections

Rôle barrière chahuté par les pathologies associées

Zone méconnue et oubliée des professions médicales

Existence de protocoles issus d'habitudes mais non d'expertise validée

Le chirurgien dentiste et les soins palliatifs

La plupart des chirurgiens dentistes ne se sentent pas concernés par les soins palliatifs parce que cela s'adresse à des patients fin de vie et à un exercice hospitalier voire HAD

La douleur et le confort sont partie intégrante de l'exercice omni pratique.

En odontologie, il est courant de faire des soins palliatifs pour supprimer une douleur, une gêne fonctionnelle

Beaucoup de médicaments prescrits en odontologie ont des visées palliatives

Caractère momentané, souvent associé à la souffrance
Thérapeutique = geste local

L'exercice du chirurgien dentiste

Il est inhabituel que le chirurgien dentiste se déplace auprès des patients

Il est rare que le chirurgien dentiste soit identifié dans une équipe soignante ou médicale

Les soins d'hygiène quotidiens sont réalisés par les infirmières

Ces soins peuvent être délégués aux aides soignants

Le chirurgien dentiste est contacté en cas de pb suspecté par l'équipe

S'il n'y a pas de signe (douleur, tuméfaction, saignement), s'il n'y a pas de plainte du patient, le chirurgien dentiste n'est pas contacté

Les patients se déplacent vers le chirurgien dentiste

Les IDE, les AS sont auprès de la bouche des patients au quotidien

Pas d'évaluation initiale, donc pas d'anticipation de pb à venir

Le chirurgien dentiste reste un intermittent du soin

Et alors ?

Promouvoir une « culture de la bouche » auprès des équipes soignantes et médicales (développement d'un indicateur de santé orale l'OHAT)

Former les chirurgiens dentistes à la prise en charge de patients spécifiques (dépendance, polyopathie)

Inviter les chirurgiens dentistes à intégrer les équipes de soins

Initier des équipes mobiles de soins dentaires

Développer des protocoles à partir de l'expérience des soignants et de l'expertise des chirurgiens dentistes

L'hygiène bucco-dentaire et prothétique

Importance des soins d'hygiène quotidien

Instaurer les soins d'hygiène avant, pendant et après tout traitement

Élimination de la plaque bactérienne et des débris alimentaires sur les dents, les muqueuses et les prothèses

Elle doit être adaptée au patient et à l'évolution de son état général, de ses symptômes

- Le soignant va
 - prévenir et/ou traiter la douleur au niveau buccal
 - prendre en compte l'inconfort, l'anxiété

Soins bucco-dentaires = soins de prévention + soin de support

Le matériel incontournable

Brosse à dents

Petite tête, poils souples (20/100, 15/100, 7/100)



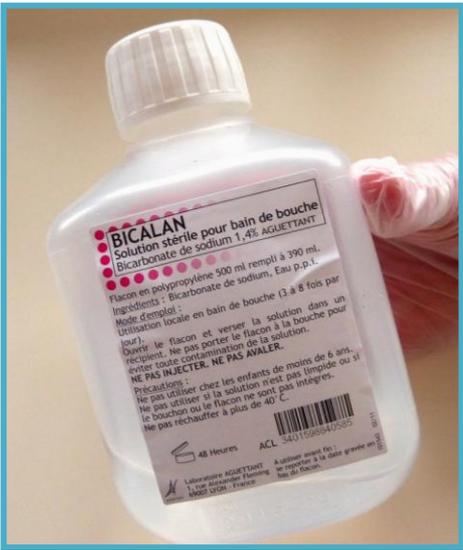
Manuelle



Avec un manchon

Bicarbonate de sodium à 1,4%

Compresse



Eventuellement

Dentifrice



Fluoré additionné d'un désinfectant
Pas trop mentholé, peu moussant

Batonnets



L'installation du patient et du soignant



Position assise
Bouche semi ouverte



Position inclinée 3/4 sur le côté
Bouche fermée

Le soignant est installé sur le côté du patient,
sa main opposée soutient la tête du patient

MASSAGE DES MUQUEUSES AU DESSUS DES DENTS ET DES CRÊTES EDENTÉES

Situations cliniques

Cavité Buccale et Complications



la langue
les lèvres,
les joues
les muqueuses



mucite
mycose
ulcérations, aphtes
hémorragies

la salive



hyposialie
xérostomie

les dents



caries
abcès dentaire

les prothèses



blessure
inconfort

les gencives



gingivite
abcès gingival

le tissu osseux



ostéonécrose



Cas clinique n°1

Mme Z., âgée de 93 ans atteinte d'une récurrence d'un carcinome de la vésicule biliaire

Accompagnement palliatif à domicile

Patiente porteuse d'une prothèse complète maxillaire

Difficultés au port de la prothèse, gêne voire douleur surtout lors de la fonction

Inflammation de la muqueuse sous prothétique

Ulcération au niveau de la muqueuse



Stomatite sous prothétique

Fragilité de la muqueuse



Cas clinique n°1



Equipe de soins

- Assurer l'hygiène quotidienne de base (prothèses + muqueuse + dents) +/- désinfectant local type chlorhexidine gel (Elugel®)
- Contacter le chirurgien dentiste (polissage, adaptation des bases)
- Surveiller l'évolution



Chirurgien-dentiste

- Apporter son conseil sur l'hygiène quotidienne de base (type de matériel, fréquence des soins, accès à la bouche, etc)
- Retoucher les zones d'appui et polir les aspérités de l'intrados
- Surveiller l'évolution et évaluer une possible adaptation



Equipe médicale

- Surveiller l'évolution
- Gérer les prescriptions type antifongiques (Daktarin®, Fungizone®, Econazole®)

Eviter la chronicisation des lésions

Eviter la surinfection

Cas clinique n°2

Mme X., âgée de 39 ans, atteinte d'un carcinome épidermoïde du col utérin en progression locorégionale avec envahissement du foramen de L5.

Chimiothérapie en cours

Contexte douloureux traité par Méthadone (après réévaluation des tt par Kétamine, Laroxyl et corticoïde)

Découverte d'une carie importante occluso-distale sur la 36

Equipe médicale



Echec de la chimiothérapie
Décision d'immunothérapie en discussion

Chirurgien-dentiste



Carie avec atteinte pulpaire
Nécessité de biopulpectomie + reconstitution

Cas clinique n°2



Equipe de soins à domicile

- Rassurer le patient
- Surveiller s'il y a une atteinte gingivale (bourrage alimentaire, tuméfaction)
- Contacter le chirurgien dentiste



Chirurgien-dentiste

- Contrôler la vitalité de la dent
- Meulage des pans acérés de la cavité
- Mise en place de pansement type ZnO eugénol
- Surveiller l'évolution (bourrage alimentaire) et rester en contact avec l'équipe médicale et l'équipe soignante



Equipe médicale

- Être attentif aux signes infectieux
- Contacter le chir-dent sur une éventuelle fenêtre pour assurer le soin

*Eviter l'infection loco-régionale
Eviter l'aggravation des lésions muqueuses*

Cas clinique n°3

Monsieur R., âgé de 85 ans,
Atteint d'une bronchite chronique obstructive et d'une insuffisance cardiaque.
Récemment hospitalisé pour pneumopathie d'inhalation

Mise en évidence au cours de l'hospitalisation d'une dénutrition sévère et un risque de trouble de la déglutition

Ne veut plus mettre ses prothèses dentaires amovibles.

Equipe médicale



Sécheresse buccale
Pb d'alimentation

Chirurgien-dentiste



Intégration prothétique
Contexte local difficile

Cas clinique n°3



Equipe de soins

- Assurer l'hygiène quotidienne de base (prothèses + muqueuse + dents)
- Hydrater avec du BiNa 1,4% après chaque repas
- Appliquer un lubrifiant salivaire (Dry Mouth Gel®)



Chirurgien-dentiste

- Evaluer l'impact de la sécheresse buccale (définitive ou transitoire, sévérité)
- Evaluer les possibilités d'améliorer au niveau local
 - Si oui, envisager une réfection de la base
 - Si non, discussion avec l'équipe médicale des adaptations (mise en place d'adhésif à prothèse, retrait des prothèses)



Equipe médicale

- Décider des mesures telles que l'hydratation entérale, l'alimentation (texture, CNO)
- Informer le chir-dent de l'évolution du patient (notamment nutritionnel)

Dans un contexte de xérostomie, la prothèse devient un corps étranger et un handicap pour la mastication du patient

Cas clinique n°4

Mme A., âgée de 45 ans,
hospitalisée pour le traitement chirurgical de la compression de la moelle épinière
secondaire à un cancer du sein.

Avant l'intervention chirurgicale, elle a été traitée par dexaméthasone 4 mg, par voie orale,
4 fois/jr pendant 6 semaines pour soulager une douleur d'intensité croissante.

Depuis l'intervention, la dose de dexaméthasone est diminuée progressivement.

Depuis quelques jours, la patiente a moins d'appétit et elle a l'impression que sa voix est
enrouée. Vous remarquez aussi la raucité de la voix.



Candidose buccale dans un contexte de prise
de corticostéroïdes au long cours

Cas clinique n°4



Equipe médicale

- Gérer les prescriptions type antifongiques (Daktarin®, Fungizone®, Econazole®)
- Surveiller l'évolution



Equipe de soins

- Assurer l'hygiène quotidienne de base (adapter la brosse à dents, le dentifrice)
- Hydrater avec du Bicarbonate de Sodium 1,4%
- Assurer l'observance des tt antifongiques
- Inciter la patiente à boire davantage
- Surveiller l'état buccal de la patiente
- Inclure du yogourt dans l'alimentation quotidienne pour préserver la flore buccale



Chirurgien-dentiste

- Apporter son conseil sur l'hygiène
- Repérer et corriger les facteurs irritants (bords de prothèses, obturations)

*Eviter d'assécher, d'irriter
Attention aux bains de bouche*

Cas clinique n°5

Monsieur N., âgé de 53 ans, reçoit une chimiothérapie 1 fois par mois pour traiter un cancer de l'intestin.

Quatre jours environ après le deuxième cycle de cinq jours de chimiothérapie, la muqueuse buccale est ulcérée, douloureuses avec des épisodes hémorragiques.

Le patient a beaucoup de difficultés à manger et il a besoin de recevoir des liquides par voie intraveineuse.

Il n'est pas certain de pouvoir continuer à supporter la chimiothérapie même si le traitement est efficace.

Lésions des tissus mous

± infections candidosiques

± infections virales (herpès)

Langue

Lèvres

Joues

Muqueuses

Mucite

Muqueuse non kératinisée

<i>Grade</i>	<i>Type de lésions</i>	<i>Intensité de la douleur</i>
Grade 0	Pas de réaction muqueuse	Pas de douleur
Grade 1	Erythème de la muqueuse	Douleur minime
Grade 2	Plaques pseudo-membraneuses non confluentes $\emptyset < 1,5$ cm	Douleur modérée
Grade 3	Plaques pseudo-membraneuses $\emptyset > 1,5$ cm	Douleur sévère
Grade 4	Ulcérations profondes, nécroses, hémorragies	Douleur extrême

Classification OMS 1979

± infections candidosiques

± infections virales (herpès)

*En prévention,
glace pilée à sucer pdt la chimio*

Complications tardives: atrophie, lisse, fine



Assurer l'hygiène de base pluri-quotidienne (adapter le matériel)

Aphtes -Ulcérations

- Appliquer sur les lésions
 - un désinfectant type chlorhexidine gel (Elugel®),
 - ou un anti inflammatoire local type acide acétyl salicylique (Pansoral®)
 - ou un anesthésique local type xylocaïne (Dynexan®)
- Rincer avec un antiulcéreux : suspension buvable à base de sucralfate 1gr (Ulcar®)

Hémorragie

- Comprimer pendant 20 minutes avec une compresse ± imbibée d'une solution buvable à base d'acide tranéxamique (1g/10ml) Exacyl®
- Rincer avec une solution buvable à base d'acide tranéxamique (1g/10ml) Exacyl® si le saignement est étendu

Dépôts sanguins secs, croûtes

- Appliquer avec une compresse de l'eau oxygénée 3% diluée 1/1 avec de l'eau minérale ou de sérum physiologique

Effets des traitements

Radiothérapie

- Effets liés à la mort cellulaire
- Effets liés à la sécrétion de cytokines

Érythème

Fibrose

Ulcération, aphte

Hyposialie-Xérostomie

Lésions carieuses

Trismus

Irradiation
Biphosphonates

Chimiothérapie

- Effets cytotoxiques

Atrophie (anémie)

Erosion (neutropénie)

Infections (leucopénie)

Hémorragies (thrombopénie)

Ostéonécrose des maxillaires

60% des cas sont secondaires à un acte chirurgical (extraction dentaire)

40% des cas sont secondaires à des exostoses ou des reliefs osseux où la muqueuse est fine

Conduite à tenir lors en cas tt par radiothérapie ou chimiothérapie (BPS)



Equipe de soins – Equipe médicale- Chirurgien Dentiste

Avant tout traitement

Bilan bucco-dentaire
Instauration de l'hygiène pluri-quotidienne adaptée

Si traitement en urgence

Soins a minima
Instauration de l'hygiène pluri-quotidienne adaptée
Surveillance très régulière

*Supprimer les foyers infectieux
Supprimer les facteurs d'irritation
Rétablir la fonction*

Selon l'évolution de la maladie
et le pronostic à terme

Valeurs hématologiques sont quasi-normales, à savoir :

dans les 3 – 4 jours précédant l'induction de la chimiothérapie

dans les 2 – 3 jours suivant l'induction de la chimiothérapie en intercure

Avez-vous des remarques ?

Avez-vous été étonné par certaines informations ?

Souhaitez-vous nous faire part de votre expérience ?

MERCI !