

Prise en charge du patient diabétique au cabinet dentaire



En 2021, en Nouvelle-Aquitaine, seulement **32,7% de patients diabétiques** ont bénéficié d'une consultation dentaire¹.



Plus de **40% des patients diabétiques** déclarent que leur dentiste n'est pas informé de leur statut diabétique².



Diabète de type 1

Provoqué par une réaction auto-immune.

Touche les personnes jeunes : enfants, adolescents ou jeunes adultes...



Diabète de type 2

Provoqué soit par une insulinopénie soit par une insulino-résistance.

Apparaît généralement chez les patients de plus de 40 ans.

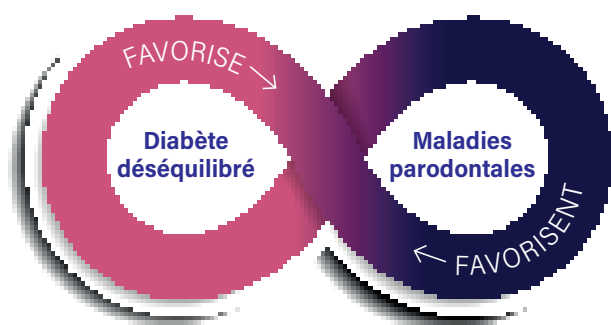


Diabète gestationnel

Survient vers la fin du 2^e trimestre de grossesse.

Peut durer le temps de la grossesse ou être révélateur d'un diabète antérieur.

La maladie parodontale : 6^e complication du diabète



1 patient diabétique sur 2 présente une maladie parodontale

Il existe une relation **étroite et bidirectionnelle**. Un diabète non équilibré favorise les infections bactériennes de la cavité orale, et parmi elles, les parodontopathies.

L'existence de parodontopathies évolutives est un facteur de déséquilibre de la glycémie chez un patient diabétique.



Pour en savoir + sur le diabète



Consultez le site de la Fédération française des diabétiques
federationdesdiabetiques.org

1 - Sources : « Étude diabète et soins dentaires en 2021 », DRSM Nouvelle-Aquitaine.

2 - Parmi lesquels près de 40% pensent que le diabète ne concerne pas le chirurgien-dentiste.

Précautions générales

Au quotidien, le praticien peut être confronté à 3 risques : risque infectieux, risque de malaise hypoglycémique et risque d'interaction médicamenteuse.

La prise en charge odontologique se base sur l'équilibre du diabète.

- Connaître le **dernier taux HbA1c** du patient : valeur normale ($4\% < \text{HbA1c} < 6\%$)
- Contacter le **médecin traitant** ou le **diabétologue** pour les patients diabétiques ayant une HbA1c $> 7\%$.
- **Limiter le stress du patient**, avec par exemple une prémédication sédatrice, l'utilisation du MEOPA...
- Chez un patient diabétique insulinodépendant, **planifier les soins de préférence après un repas**. Prévoir du glucose en cas de malaise hypoglycémique.
- Une vigilance particulière doit être portée aux **modifications alimentaires** recommandées après les interventions chirurgicales.
- Précautions vis-à-vis des **interactions médicamenteuses**.
- **Chez le patient diabétique non équilibré**, tout acte sanglant même mineur (détartrage) doit-être **précédé d'une antibioprofylaxie**.

Soins parodontaux pris en charge par l'Assurance Maladie

Les traitements de la parodontite sont essentiels et contribuent à l'**amélioration de l'équilibre glycémique**. Ils visent à **traiter l'infection** mais également à conserver au mieux l'**aspect esthétique** et les **capacités fonctionnelles** de la bouche.

Bilan parodontal

Le bilan parodontal chez le patient diabétique est l'**exploration du parodonte par sondage** pour le dépistage d'une maladie parodontale.

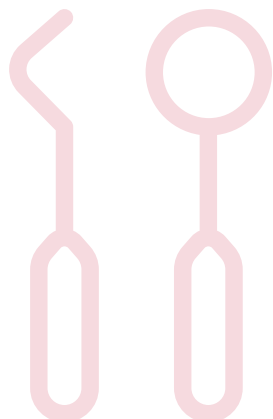
Elle est associée à l'étude de l'**indice de la plaque**.

Le dépistage par sondage est l'étape suivante de l'observation clinique.

Il permet d'enregistrer deux mesures : la profondeur de la poche parodontale et le niveau d'attache clinique.

L'indice de plaque permet de mesurer et de noter la présence et la localisation des dépôts de plaque bactérienne.

Il permet seulement une évaluation quantitative et peut être complété d'évaluations qualitatives.



Soins parodontaux pris en charge par l'Assurance Maladie (suite)

L'assainissement parodontal (ou détartrage-surfaçage radiculaire)

L'assainissement parodontal, également appelé détartrage-surfaçage radiculaire (DSR), constitue un traitement efficace dans la prise en charge des parodontites agressives et chroniques³.

Le DSR comprend, selon le type de maladie parodontale :

- **Un détartrage** : éviction du tartre, de la plaque et des colorations présentes sur les surfaces dentaires situées en supra- ou en sous-gingival.
- **Un curetage gingival** : éviction des tissus infectés et enflammés de la paroi molle de la poche (épithélium et tissu conjonctif infiltrés) afin d'éliminer un réservoir bactérien susceptible de recoloniser la muqueuse ; il est en général consécutif à la procédure de surfaçage / débridement.
- **Un surfaçage radiculaire** : lissage de la surface radiculaire en éliminant la couche de ciment et/ou de dentine infiltrés par les toxines bactériennes afin de créer une surface saine compatible à la création d'un long épithélium de jonction. Il est effectué après détartrage et curetage gingival.
- **Un polissage** : concerne toutes les surfaces dentaires (couronne et racine) et est indispensable après le passage des instruments.



Le DSR n'est qu'une des composantes de la thérapeutique.

D'autres facteurs sont essentiels :

- L'enseignement et la motivation à l'hygiène bucco-dentaire du patient
- La maîtrise des facteurs de risque généraux, modifiables ou non (tabagisme, diabète non équilibré...)
- L'élimination des facteurs locaux aggravants (carie, malposition...).

Débridement parodontal

À noter qu'une approche plus conservatrice s'est développée et est communément réalisée aujourd'hui : **le débridement parodontal**.

Cette approche ne comprend plus un curetage gingival systématique. Elle correspond, après le détartrage supra-gingival, à la désorganisation du biofilm et l'élimination des dépôts au sein de la poche parodontale et/ou de la surface radiculaire, sans éviction du ciment et/ou de la dentine infiltrés afin de diminuer la charge bactérienne, de réduire l'inflammation et de diminuer la profondeur des poches.

ZOOM SUR...

Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)

- Le DSR peut être réalisé avec l'approche classique par quadrant/sextant, ou avec l'approche de désinfection globale (avec ou sans antiseptiques).
- L'emploi d'une antibiothérapie locale, en complément d'un DSR, n'est pas justifié.
- Le recours à une antibiothérapie orale, en complément du DSR, doit être limité uniquement aux parodontites agressives et aux formes complexes ou sévères des parodontites chroniques.
- L'utilisation de lasers ou de la thérapie photodynamique (TPD), en complément d'un DSR, n'est pas pertinente en pratique habituelle.
- Les résultats d'un DSR doivent être contrôlés après 8 semaines (séance de réévaluation). Les visites de maintenance parodontale sont effectuées tous les 3 et 6 mois, selon le profil de risque du patient. En cas de persistance des lésions, et selon leur étendue, un traitement complémentaire consistant en un nouveau DSR ou en un traitement chirurgical, peut être justifié.

3 - Rapport HAS

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2842270/fr/evaluation-de-l-assainissement-parodontal-rapport-d-evaluation-technologique

Actes bucco-dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie

Quel acte ?	Quand ?	Quelle codification ?	Quel tarif ?
Bilan bucco-dentaire	2 fois / an	C	23€
Détartrage	2 actes par période de 6 mois	HBJD001	28,92€
Bilan parodontal*	à la suite d'une visite annuelle au cours de laquelle une pathologie parodontale a été détectée.	HBQD001	50€
DSR sur 1 sextant*	Période de 3 ans, pour un traitement initial et un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions.	HBJA003	80€
DSR sur 2 sextants*		HBJA171	160€
DSR sur 3 sextants*		HBJA634	240€

*ALD Diabète :

Pour rappel, depuis le 1^{er} janvier 2017, le tiers payant est devenu un droit lorsqu'il s'agit de soins exonérés du ticket modérateur dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Les patients en ALD n'ont plus à faire l'avance des frais chez les professionnels de santé.



+ Pour en savoir plus



HAS Évaluation de l'assainissement parodontal - Rapport d'évaluation technologique - Décembre 2018
www.has-sante.fr/jcms/c_2842270/fr/evaluation-de-l-assainissement-parodontal-rapport-d-evaluation-technologique



Prendre en charge la maladie parodontale d'un patient présentant une pathologie générale :
 Exemple du diabète de type 2 - Avril 2021
www.information-dentaire.fr/formations/prendre-en-charge-la-maladie-parodontale-dun-patient-presentant-une-pathologie-gnrale