



Pathologie dentaire et insuffisance rénale

Richard MONTAGNAC - Troyes

Les publications sur l'état dentaire des insuffisants rénaux chroniques touchent surtout aux lésions d'hyperparathyroïdisme, à l'impact des traitements corticoïdes (soit de la néphropathie causale soit pour la transplantation), et aux complications infectieuses à point de départ dentaire. Peu abordent le retentissement néfaste d'un état dentaire défectueux, le rôle (préventif, éducatif et thérapeutique) que peuvent assumer les soignants, ou les relations à instaurer au sein du trio "patient - dentiste - néphrologue".

UNE ENQUÊTE

a été menée au sein de notre population d'hémodialysés : 96 patients (54 hommes - 42 femmes), d'âge moyen : 64 ans (extrêmes 19 - 95) et d'ancienneté moyenne en dialyse : 5,6 ans (extrêmes : 3 mois - 24 ans). Elle a comporté

L'interprétation du cliché panoramique dentaire, en double aveugle par un dentiste et un radiologue. Y étaient dénombrés :

- les dents du bloc incisivo-canin dont l'absence est généralement corrélée à la négligence des patients pour leur image corporelle et à la difficulté, surtout financière, de soins appropriés.
- les couples molaire-prémolaire, la Sécurité Sociale considérant qu'au-dessus de 5 couples absents, le coefficient de mastication est insuffisant.
- les foyers infectieux (granulomes et caries) en général sous-estimés radiologiquement par rapport à l'examen clinique
- la perte osseuse péri-radulaire dont l'importance est évaluée par rapport à la hauteur des racines (1/3, 2/3, et 3/3 qui correspond à une parodontose au stade ultime) et sur le nombre de dents atteintes.

Cette étude radiologique a permis de distinguer deux groupes :

- un groupe de 23 patients (24 % de notre population) totalement édentés : 1 refuse tout appareillage et les 22 autres disposent d'une prothèse mobile complète, supé-

rieure et inférieure, sans que l'on puisse préjuger qu'elle est correcte et adaptée

- les 73 autres sont porteurs, hors prothèses mobiles, de 19 dents en moyenne chacun (extrêmes : 1 - 32) dont, en moyenne, 13,5 prothèses fixes (extrêmes : 1 - 20). Il leur manque à chacun en moyenne 4,5 dents (extrêmes : 1 - 12) sur les 12 du bloc incisivo-canin.

30 d'entre eux disposent en plus d'une prothèse mobile, au minimum de 2 incisives et, au maximum, d'un appareil complet sur un maxillaire et de 6 dents sur l'autre.

Pour ces 73 patients, on recense en moyenne chacun 4 caries (extrêmes : 1 - 14) et deux granulomes (extrêmes : 1 - 6). La perte osseuse est nulle ou négligeable pour 8 patients où seulement 1 à 4 dents sont concernées et touche les 65 autres selon des stades de gravité variables. Il a ainsi été considéré que l'état dentaire était bon chez 14, moyen chez 24, mauvais chez 35, que l'état gingival était bon chez 11, moyen chez 27, mauvais chez 35 et enfin que si l'on envisageait que les prothèses étaient utilisées (ce qui est généralement loin d'être constant), 33 patients avaient une fonction masticatoire correcte avec moins de 5 couples molaire-prémolaire absents, 19 une fonction seulement partielle et les 31 autres, un coefficient quasi nul.

Un interrogatoire analysant plaintes fonctionnelles et habitudes quant à l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire et les consultations dentaires.

- sur le plan fonctionnel, ont été recensées une sensibilité gênante au chaud pour 11 patients, au froid pour 20 et à la pression pour 6, une mastication douloureuse chez 10, de fréquents saignements des gencives après brossage chez 19, sans qu'ils ne soient attribués aux séances de dialyse. 27 considéraient faire du tartre très rapidement
- 10 patients fumaient, 40 étaient des ex-fumeurs et 46 n'avaient jamais fumé
- 19 disaient manger de préférence "mou",

53 manger régulièrement en dehors des repas et 46 manger et boire assez sucré, dont une majorité aussi en dehors des repas

- parmi les 73 patients ayant encore des dents :

64 utilisaient une brosse à dents manuelle (que 46 seulement changeaient régulièrement), 5 une brosse électrique, 4 ne savaient pas (!). 53 utilisaient un dentifrice fluoré. Le nombre de brossages quotidiens était de 3 pour 11 patients, 2 pour 36 patients, 1 pour 20. 2 disaient se brosser les dents moins d'une fois par semaine et 4 ne déclaraient rien (!). Le temps de brossage était évalué à moins d'1 mn pour 1/3 des patients et à plus d'1 mn pour 2/3. 4 patients justifiaient le brossage insuffisant par les horaires contraignants de la dialyse (!).

27 disaient consulter un dentiste régulièrement pour une visite de suivi, une fois par an pour 18, 2 fois pour 9. 46 ne consultaient pas régulièrement, dont 40 ne l'avaient pas fait depuis plus d'un an et 2 certifiaient ne jamais aller chez le dentiste.. 22 pensaient qu'ils s'occupaient plus de leurs dents depuis qu'ils étaient en dialyse pour, le plus souvent, douleurs, caries, détartrage, ablation de dents ou souci de prothèse. 53 patients affirmaient prévenir leur dentiste qu'ils étaient dialysés mais, à l'inverse, seulement 20 prévenaient le centre de dialyse qu'ils allaient en consultation ou avaient des soins programmés.

- seulement 12 dialysés suggéraient qu'on leur apporter une aide par une information sur les points suivants : hygiène bucco-dentaire, soins à envisager avant transplantation, intérêt des consultations dentaires, prise en charge financière de celles-ci comme des soins.

DISCUSSION

En plus de la différence génétique qui affecte sa qualité et sa résistance aux attaques bactériennes, l'état bucco-dentaire dépend fortement pour chacun de l'hygiène personnelle et

de nombreux facteurs : l'alimentation acide et sucrée, le tabac (qui altèrent la vascularisation et brûlent les gencives), le dessèchement de la bouche (lié à l'âge, au tabac, à certains médicaments) qui réduit le rôle bénéfique de la salive, puissant anti-bactérien, anti-viral et anti-fongique, le stress (qui entraîne des microtraumatismes permanents), la présence de prothèses agressives.

Pour les insuffisants rénaux chroniques, il existe, en plus :

- les lésions induites par l'hyperparathyroïdisme secondaire, au niveau des parties osseuses surtout mais également des tissus mous et des dents à proprement parler
- la susceptibilité aux infections
- les particularités de l'alimentation et de l'hydratation
- la contre-indication théorique (mais en fait souvent non respectée bien) du fluor.

Toute perte osseuse péri-radulaire liée à un hyperparathyroïdisme et/ou à un état inflammatoire infectieux local par manque d'hygiène et de soins, risque de potentialiser différentes complications locales et le déchaussement des dents, donc leur perte et, par là, l'aggravation du déficit fonctionnel pour le décapage, le broyage et la mastication des aliments. Laisser un délabrement important s'installer correspond vraisemblablement, pour la majorité des patients, à une attitude laxiste et reflète bien souvent le manque d'attention qu'ils ont pu aussi apporter à leur insuffisance rénale et à son traitement. Pour d'autres, on peut s'interroger sur des problèmes financiers qui ont pu freiner un remplacement correct par prothèses.

La qualité de la nutrition devant être une préoccupation constante en matière d'urémie et de dialyse, il faut tenter d'obtenir pour tous, en fonction des différentes possibilités, le coefficient de mastication le plus élevé. Avoir et maintenir un bon état des dents et du parodonte est donc essentiel pour éviter dénutrition et anémie, mais aussi pour limiter les risques d'infections locales, régionales et/ou générales, comme le cancer bucco-lingual.

Pour ce faire, une politique plus active d'éducation et de surveillance doit être instaurée dans la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques impliquant :

- de s'appuyer sur une prévention bien enseignée et bien appliquée pour obtenir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, en évitant que ces conseils ne soient prodigués trop tard ou ne se trouvent limités par la psychologie et le mode de vie du patient, sa pathologie et son traitement
- de convaincre les patients de la nécessité d'une consultation dentaire au moins annuelle tout au long de leur vie car :
 - toute modification de la salive, un appareillage dentaire, diverses pathologies associées, une immunosuppression, le vieillissement, la malnutrition sont des facteurs favorisant certaines complica-

tions locales et générales au point de départ bucco-dentaire

- les lésions parodontales peuvent ne pas être douloureuses et donc évoluer à bas bruit sans inciter le patient à s'en inquiéter
- la radiologie sous estime nettement les foyers infectieux et il est nécessaire d'avoir un bilan clinique précis pour les éradiquer chez tous les patients, et non seulement chez ceux en attente de transplantation ou chez les porteurs de valvulopathie
- les candidoses oro-pharyngées sont souvent sous-estimées du fait d'une symptomatologie frustrée ou atypique alors qu'elles peuvent entraîner ou accentuer une dénutrition. Leur gestion repose sur une prévention bucco-dentaire simple, des soins adaptés ainsi qu'un entretien soigneux, une surveillance et un éventuel réajustement des appareils dentaires.
- une augmentation des marqueurs de l'inflammation, en particulier la CRP, peut s'observer lors de lésions dentaires et il convient d'éliminer cette cause d'erreur si l'on veut conserver à ce test, malgré son manque de spécificité, son caractère pronostique
- toute lésion susceptible de dégénérer en cancer doit être dépistée à temps, surtout lorsqu'il existe des circonstances favorables telles qu'un terrain alcool-tabagique.
- de les inciter fortement à faire réaliser les soins nécessaires au plus vite, et à les répéter si besoin. Une collaboration s'impose avec les dentistes pour qu'ils soient sensibilisés à la fréquente complexité de nos patients et que, de manière conjointe, soient préalable-ment précisés :
- le statut viral
 - les antécédents et pathologies (allergie, problèmes gastriques, cardio-vasculaires et hématologiques) ainsi que les traitements en cours (anti-agrégant ou anti-coagulant en particulier) afin de prévenir toute interaction avec des produits d'usage courant en dentisterie (anesthésique, hémostatique, antibiotiques et anti-inflammatoires) dont il faudra auparavant discuter la nécessité et des conditions de prescription
 - le calendrier des soins dentaires que nous proposons de faire un jour sans dialyse, tôt le matin pour avoir le temps de réagir dans la journée en cas de problème d'hémostase.

A cette intention, nous avons établi différents documents à la teneur de base stéréotypée pour l'hémodialysé en attente ou non de transplantation, mais qui sont aménagés au cas par cas. Ces documents sont adressés au dentiste lors d'une consultation soit programmée par le patient lui-même (mais il faut en être averti) soit faite à notre demande. Nos patients sont informés que ces échanges

sont indispensables car ne peuvent leur être que profitables.

Cette collaboration s'étend aussi à la prise en charge financière de ces traitements car certaines possibilités sont offertes aux dialysés. On peut spécifier sur les feuilles de traitement bucco-dentaire et les feuilles d'honoraires que les traitements dispensés sont en rapport avec la maladie exonérante. De même il existe des possibilités, pour les prothèses, d'être mieux remboursées. Le néphrologue doit donc éventuellement aider le dentiste à étayer son dossier à cette intention. Une prestation supplémentaire peut également être sollicitée par l'assuré auprès de sa caisse d'assurance, voire de sa mutuelle.

En pratique :

- une fiche est dédiée aux problèmes dentaires et à notre attitude dans le " livret d'accueil du dialysé troyen " que nous donnons à tous nos patients en leur commentant
- dès la prise en charge, nous réalisons un panoramique dentaire pour faire l'état des lieux (même en cas d'édentation totale, pour s'assurer qu'il n'y a pas de foyer infectieux sous-jacent lié à une dent incluse ou à une racine laissée en place). L'adressage à un dentiste est alors éventuellement envisagé.
- par ailleurs, si une prothèse devient nécessaire ou insupportable du fait d'un changement pondéral et/ou de modifications des maxillaires, nous n'hésitons pas à demander sa mise en place ou son remplacement.

CONCLUSION

Une collaboration avec les dentistes nous paraît essentielle pour limiter tout retentissement délétère d'un terrain bucco-dentaire défectueux et pour éviter les actions ou inter-actions médicamenteuses fâcheuses pour les reins propres, le greffon, voire d'autres organes.

Elle ne doit pas se limiter en fait aux hémodialysés mais s'établir dans les néphropathies sévères et à un stade même modeste d'insuffisance rénale chronique. Ceci permettra de convaincre les futurs transplantés de l'intérêt de cette prévention et de les habituer à une surveillance et à des soins réguliers qu'ils devront poursuivre après la greffe. En effet, aux risques liés à l'état initial d'urémique chronique, pourront alors s'ajouter des traitements ayant un retentissement néfaste sur l'état bucco-dentaire.

R. Montagnac
JM. Delagne
D. Schillinger
F. Schillinger
Services de Néphrologie-Hémodialyse
et de Radiologie

Centre Hospitalier
Troyes