

Point de service

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les articles reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Les articles de ce mois-ci sont fournis par des conférenciers au Congrès de la FDI, qui se tiendra du 24 au 27 août à Montréal (les cours pré-congrès auront lieu les 22 et 23 août). Pour obtenir plus d'information sur le congrès, visitez le site www.fdiworldental.org.



Question 1

Quel protocole puis-je incorporer dans ma pratique pour améliorer le résultat de l'application d'un scellant de puits et fissures?

L'application réussie de scellants de puits et fissures est une occasion unique d'exposer les enfants et les jeunes adultes à la meilleure procédure de réduction des maladies qui existe dans la profession dentaire. Pourtant, quand on considère l'application d'un scellant comme une simple procédure d'adhésion, on ignore la réalité clinique complexe, qui exige que l'équipe dentaire réponde de manière appropriée à un continuum de présentations dentaires exigeantes. En fait, il faut accorder au moins autant d'attention aux scellants qu'aux restaurations avec les composites traditionnels si on veut obtenir un résultat satisfaisant.

L'échec à appliquer le scellant résulte d'une ou de plusieurs des situations suivantes :

- *Déminéralisation ou lésion carieuse* : Il est possible de sceller les caries biologiquement actives avec des scellants en résine. La difficulté, autant clinique, éthique que légale, repose sur l'évaluation précise du seuil de l'atteinte carieuse et la manière d'éviter le phénomène des «caries cachées».
- *Mauvaise préparation de la surface de la dent* : Même si on a assisté, au cours des dernières décennies, à des améliorations cliniques dans le domaine des restaurations adhésives, l'application d'un scellant est restée relativement identique à ce qu'elle était. Il existe cependant des technologies simples et abordables qui peuvent grandement améliorer la résistance d'adhésion à la dent du scellant en assurant le retrait des matières qui contribuent à une mauvaise adhésion.
- *Isolement insuffisant* : Tous les membres de l'équipe dentaire doivent être capables de faire face aux diverses présentations cliniques des dents nécessitant un scellant de puits et fissures dans le cas où les premiers efforts d'isolement se sont révélés insuffisants. On peut se fier à une digue en caoutchouc, la norme en matière d'isolement, pour assurer à toute l'équipe dentaire des conditions de travail supérieures lorsque l'isolement par rapport aux tissus mous et à la salive est nécessaire.



Illustration 1 : L'isolement avec une digue en caoutchouc est facile à réaliser.



Illustration 2 : La teinture révélatrice montre la quantité de plaque à retirer.



Illustration 3 : Plaque restante après l'emploi d'une pierre ponce à l'aide d'un instrument rotatif pendant 30 secondes.



Illustration 4 : Le système de polissage à air Prophy-Jet permet un traitement approprié pour le mordantage.



Illustration 5 : L'agent de mordantage est appliqué au-delà de la région qui sera scellée; on le laisse agir pendant 30 secondes.



Illustration 6 : Le scellant est appliqué et polymérisé.

Rapport de cas

Une fillette de 6 ans a besoin de se faire appliquer un scellant sur toutes ses premières molaires. Les scellants avaient été recommandés à la dernière visite de rappel, mais l'horaire chargé de l'enfant et des parents a retardé le moment idéal du traitement. Les lectures effectuées sur un détecteur laser de caries DIAGNOdent (KaVo America Corp., Lake Zurich, Ill.) suggèrent qu'il y a eu une petite modification ascendante (de 0 à 8) dans 1 ou 2 fissures. L'activité de la langue de l'enfant, l'excès de salive et la prédisposition à une abondance de plaque représentent un défi pour les auxiliaires dentaires, si bien qu'on décide de placer une digue en caoutchouc. On procède à l'isolement en injectant circonférentiellement un anesthésique topique liquide dans la crevasse gingivale jusqu'à la profondeur de l'épithélium jonctionnel. Cette mesure facilite grandement le placement de la digue sans désagrément (ill. 1) et est idéale pour les procédures de restaurations peu profondes où l'administration par seringue d'un anesthésique local n'est pas nécessaire.

Une teinture révélatrice de la plaque est appliquée sur les surfaces occlusale et buccale à des fins de démonstration (ill. 2). Les sillons sont nettoyés pendant 30 secondes avec un instrument rotatif et une pierre ponce, puis évalués pour l'efficacité du retrait de la plaque (ill. 3). On peut procéder à un retrait plus approfondi de la plaque par un traitement de 15 secondes avec un système prophylactique de polissage à air Prophy-Jet (Dentsply, York, Pa.) (ill. 4), suivi par le retrait sélectif de l'émail déminéralisé avec un petit instrument d'abrasion à air. Une fois la préparation optimale de la surface des puits et fissures terminée, on applique un agent de mordançage traditionnel au-delà de la région qui sera scellée et on le laisse agir pendant au moins 30 secondes (ill. 5). Un matériau de scellement est ensuite appliqué sur les sillons et

étendu de manière à inclure les sillons secondaires le long du plan incliné des cuspidés (ill. 6).

Conclusion

Les caries occlusales représentent maintenant une quantité disproportionnée des maladies dentaires contractées par les enfants et les jeunes adultes. Les dentistes frustrés par l'échec des scellants à contrer la nature insidieuse de ces caries peuvent améliorer significativement les résultats cliniques en appliquant certaines des mesures décrites ci-dessus. À l'horizon, on peut compter sur les progrès des matériaux de scellement en verre ionomère, qui se révèlent prometteurs pour composer avec les situations où un isolement sous-optimal est présent ou où est nécessaire un matériau de restauration cariostatique. ♦



Le Dr Christopher L. Bryant exerce à temps plein à Sooke (Colombie-Britannique). Courriel : chrisb@telus.net.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Le Dr Bryant donnera sa présentation intitulée «Air abrasion — its role in the evolving continuum of minimally invasive dentistry: a diagnostic and hands on experience on the various forms of conservative tooth preparation» dans le cadre du programme pré-congrès le mardi 23 août.

Lectures supplémentaires

- Brown JR, Barkmeier WW. A comparison of six enamel treatment procedures for sealant bonding. *Pediatr Dent* 1996; 18(1):29-31.
- Ellis RW, Latta MA, Westerman GH. Effect of air abrasion and acid etching on sealant retention: an in vitro study. *Pediatr Dent* 1999; 21(6):316-9.
- Simonsen RJ. Pit and fissure sealant: review of the literature. *Pediatr Dent* 2002; 25(5):393-414.

Question 2

Que savons-nous de la prévention des caries radiculaires chez les personnes âgées?

Contexte

Étant donné le vieillissement de la population et les améliorations des soins dentaires, un plus grand nombre de personnes âgées conservent davantage de dents naturelles au cours de leur vie. En outre, divers états pathologiques chroniques et les médicaments visant à les traiter peuvent diminuer l'écoulement salivaire, ce qui peut aboutir à un accroissement du risque de caries radiculaires.

Les maladies parodontales et le traitement connexe, en particulier la récession gingivale et la chirurgie parodontale avec exposition des surfaces radiculaires, exposent ces surfaces à un risque accru de carie. Étant donné que les surfaces radiculaires sont essentiellement composées de ciment et de dentine, avec seulement 70 % de minéralisation, elles sont beaucoup plus susceptibles de décomposition carieuse que les surfaces amélaire coronaires.

La restauration de ces lésions peut être difficile. L'isolement, l'identification de l'ampleur de la lésion le long de la surface

radiculaire et la sélection des matériaux sont critiques (ill. 1a et 1b). Pour le clinicien et pour le patient, la meilleure approche est la prévention, parce que la restauration des lésions en cause peut être ardue et exigeante du point de vue technique¹. Qui plus est, étant donné le revenu et le niveau de scolarité élevés chez les plus âgés, les patients se montrent bien plus intéressés à conserver une bonne santé buccodentaire. Alors que peut-on faire pour prévenir le problème des caries radiculaires?

Prise en charge clinique

La plupart des études qui portent sur la prévention des caries dentaires ont été effectuées auprès d'enfants et ont porté sur l'usage des fluorures, de la chlorhexidine et des agents de scellement. Les recherches effectuées dans les années 80 ont montré que les fluorures étaient efficaces pour la prévention des caries coronaires et radiculaires chez les adultes et les personnes âgées. On a constaté que les fluorures agissent principalement grâce à un effet reminéralisant sur les surfaces extérieures des dents. Stamm et coll.² ont constaté que la fluoruration des eaux

municipales avait abouti à une diminution des caries radiculaires chez les adultes canadiens qui résidaient depuis toujours dans des communautés où les eaux étaient ainsi traitées par rapport à ceux qui vivaient dans des collectivités où les eaux n'étaient pas fluorurées. Billings et coll.³ ont constaté que le fluorure de sodium dosé à 5 % était efficace dans la prévention des caries radiculaires et dans la reminéralisation des lésions débutantes chez les personnes âgées. Les vernis fluorurés ont été efficaces pour prévenir les caries coronaires dans les dentitions primaire et permanente des enfants. On a extrapolé ces résultats pour soutenir l'usage actuel des vernis fluorurés comme mesure préventive chez les personnes âgées, même si peu de recherches cliniques ont été effectuées dans le groupe d'âge en question.

La chlorhexidine a été étudiée pour son efficacité dans la prévention de la carie dentaire chez l'enfant, mais peu d'études ont été effectuées à cet égard chez les adultes. L'écueil le plus important du composé fluoruré est sa propension à tacher. Toutefois, ses effets antibactériens peuvent l'emporter sur cette propension chez les patients pour qui la lutte anti-bactérienne est importante, notamment chez ceux qui sont atteints du syndrome de Sjögren ou d'autres états affaiblissant le système immunitaire.

En pratique clinique, la première étape de la prévention des caries radiculaires consiste à identifier les patients à risque élevé (ill. 2 et 3). Les caries existantes constituent le meilleur prédicteur des caries futures. Un patient atteint d'une lésion carieuse sur une surface radiculaire peut être considéré comme un patient à risque élevé étant donné que la décomposition d'une surface signale la probabilité de décomposition rapide d'autres surfaces.

Les antécédents médicaux permettent d'identifier les patients atteints d'états pathologiques chroniques et ceux qui prennent plusieurs médicaments. Les patients qui prennent des médicaments ayant des effets anticholinergiques, notamment les antihypertenseurs, les antidépresseurs et les antipsychotiques, sont exposés à un risque accru. L'examen buccal permet d'identifier les patients atteints de récession gingivale et d'une diminution de l'écoulement salivaire. On peut évaluer rapidement l'écoulement salivaire en pompant les glandes parotides et les glandes sous-mandibulaires et en recherchant un débit liquide dans les canaux de Stensen et de Wharton.

Une fois qu'un patient à risque élevé est identifié, plusieurs mesures doivent être prises. Il faut lui conseiller de se brosser les dents 3 fois par jour avec un dentifrice fluoruré. Il faut l'aviser de modifier son alimentation afin d'en diminuer la consommation de glucides raffinés. En outre, le professionnel dentaire doit prescrire (aux patients qui peuvent se brosser les dents) du fluorure de sodium neutre dosé à 1,1 % (p. ex., Prevident, Colgate-Palmolive, Toronto, Ont.; NeutraCare, Oral-B,



Illustration 1a : Patient atteint de caries radiculaires sur la surface distale d'une molaire inférieure.



Illustration 1b : Molaire inférieure restaurée à l'amalgame.



Illustration 2 : Patient exposé à un risque de carie radiculaire en raison de la présence abondante de plaque sur les surfaces radiculaires situées autour des couronnes de la prothèse.



Illustration 3 : Patient exposé à un risque de carie radiculaire en raison d'une maladie parodontale, qui expose plusieurs surfaces radiculaires. (Diapositive : gracieuseté du Dr Jon Suzuki.)

Mississauga, Ont.) pour usage à domicile. Pour les patients dont la santé est susceptible de détérioration ou pour ceux qui sont incapables de se brosser les dents pour cause d'arthrite, de maladie de Parkinson ou de démence, le professionnel dentaire doit envisager d'appliquer un vernis fluoruré aux surfaces radiculaires 3 ou 4 fois par année afin de favoriser la reminéralisation (Duraphat, Colgate-Palmolive; AllSolutions 5% Sodium Fluoride Varnish, Dentsply, Woodbridge, Ont.).

Les rince-bouche à la chlorhexidine doivent être envisagés comme traitement adjuvant pour lutter contre la prolifération bactérienne. Un groupe de chercheurs préconise l'utilisation d'un rince-bouche à la chlorhexidine pendant 1 semaine, à raison de 1 fois par mois (professeur John Featherstone, Université de Californie à San Francisco, communication personnelle, mai 2004), en se fondant sur l'hypothèse que le rince-bouche à la chlorhexidine aura pour effet de rompre le biofilm bactérien. Étant donné que le genre bactérien *Streptococcus mutans* se recolonise en l'espace de 2 à 3 semaines, l'application mensuelle du rince-bouche sert à maintenir la rupture du biofilm et, par conséquent, à inhiber la formation carieuse.

Le clinicien doit garder à l'esprit que la reminéralisation des caries radiculaires peut faire en sorte qu'une lésion molle devienne dure et brune. Selon le siège de la lésion, les considérations esthétiques peuvent poser problème. Toutefois, chez les patients immunodéprimés, en particulier chez ceux où la démence et d'autres états pathologiques compliquent particulièrement la prestation des soins dentaires, cette reminéralisation peut être préférable à un laisser-faire susceptible d'entraîner une progression lésionnelle. ♦



La Dre Linda Niessen occupe le poste de vice-présidente pour l'enseignement clinique chez Dentsply International. Elle est professeure de clinique au Département des sciences restauratrices, Collège de médecine dentaire Baylor, et membre du Texas A&M Health Science Center à Dallas (Texas). Courriel : lniessen@dentsply.com.

La Dre Niessen donnera sa présentation intitulée «Practical tips for caring for older adults» lors du Congrès de la FDI le vendredi 26 août.

Références

1. Jones JA. Root caries: prevention and chemotherapy. *Am J Dent* 1995; 8(6):352-7.
2. Stamm JW, Banting DW, Imrey PB. Adult root caries survey of two similar communities with contrasting nature fluoride levels. *J Am Dent Assoc* 1990; 120(2):143-9.
3. Billings RJ, Brown LR, Kaster AG. Contemporary treatment strategies for root surface dental caries. *Gerodontology* 1985; 1(1):20-7.

Question 3 Le blanchiment des dents par photoactivation est-il avantageux?

Contexte

Le blanchiment des dents a remporté une énorme popularité au cours des dernières années. Les patients disposent maintenant d'un surcroît d'options pour se blanchir les dents, et beaucoup de dentistes recherchent quelque chose d'unique à offrir. En raison de la couverture médiatique donnée au blanchiment des dents par photoactivation, la demande des patients à cet égard augmente.

Peu d'articles révisés par des pairs ont été publiés sur le blanchiment des dents par photoactivation, et la plupart de ceux qui ont été publiés bénéficiaient d'une commandite d'entreprise. Mes collègues et moi avons effectué 3 études, qui ont indiqué que la photoactivation n'est pas aussi efficace qu'on le pensait auparavant¹⁻³. Dans 2 de ces études^{1,2}, nous avons utilisé diverses méthodes d'évaluation pour estimer le degré de blanchiment obtenu avec une combinaison de lumière et de gel blanchissant par comparaison à l'utilisation d'un gel seulement. Nous avons constaté une différence allant de petite à nulle entre le côté traité par photoactivation et le côté traité seulement par gel blanchissant. Dans une étude plus récente³, nous avons utilisé un grand échantillon de patients afin d'examiner l'un des systèmes de photoactivation les plus en vogue; la méthode ne s'est révélée que minimalement efficace. Qui plus est, il y avait rechute importante de la couleur au bout de 30 jours (ill. 1 à 4).

Tous les systèmes recommandent l'emploi d'une gouttière à emporter au domicile comme adjuvant, si bien que la question à régler est celle de savoir si un avantage observé quelconque est attribuable à la lumière ou à la gouttière. À mon avis, l'emploi d'une gouttière pour administrer le matériau blanchissant cause la plus grande partie de l'effet photoactif. Toutefois, même si la lumière procure quelque avantage, son effet minimal me pousse à me demander si l'emploi des systèmes de photoactivation est justifié.



Illustration 1 : Photographie préopératoire avant le blanchiment.



Illustration 2 : Photographie obtenue après 60 minutes de photoactivation en combinaison avec un gel blanchissant et montrant un effet de blanchiment immédiat.



Illustration 3 : Rechute importante de la couleur, c'est-à-dire foncissement des dents blanchies, 7 jours après le traitement.



Illustration 4 : Rechute importante de la couleur des dents 30 jours après le traitement, la couleur étant proche de celle de départ. Aucune gouttière à emporter au domicile n'a été donnée au patient.

Prise en charge clinique

Je recommande un système de gouttière fabriqué sur mesure parce qu'il est plus efficace sur le plan clinique et plus rentable à la fois pour le patient et pour le dentiste. Le clinicien a aussi l'option d'utiliser une gouttière préfabriquée (p. ex., Trey White, Ultradent Inc., South Jordan, Utah) ou des bandelettes de blanchiment professionnelles Crest (Procter & Gamble, Cincinnati, Ohio), les 2 s'étant révélées efficaces du point de vue clinique.

Mon premier choix pour le matériau blanchissant est le peroxyde de carbamide dosé à 16 %. Si le patient subit un désagrément, on peut réduire la concentration du peroxyde de carbamide à 10 % et écourter le temps de port. Le plus grand bénéfice se produit au cours des 2 premières heures du port de la gouttière. Par conséquent, l'avantage réel qu'il y a à porter une gouttière la nuit est la commodité.

Les dentistes et le personnel des cabinets dentaires doivent être au courant de plusieurs questions lorsqu'ils fournissent des services de blanchiment des dents, notamment la sensibilité potentielle des dents, la concentration appropriée des produits, la durée de l'application et la sécurité du produit. Environ la moitié des patients connaissent une sensibilité des dents, habituellement légère et transitoire⁴. Toutefois, dans une étude récente que nous avons effectuée³ sur les systèmes de photoactivation, 90 % des patients avaient une sensibilité des dents d'une intensité allant de modérée à grave dans environ la moitié des cas.

Selon mon expérience, beaucoup de dentistes, y compris ceux qui utilisent tous les jours des agents blanchissants, savent fort peu de choses au sujet du mécanisme du blanchiment et des questions connexes. Le blanchiment est surtout un processus d'oxydation, par lequel sont oxydés les matériaux organiques, particulièrement les chromophores superficiels. Cette oxydation s'étend à l'émail et à la dentine. La littérature indique que 6 ans après une procédure de blanchiment, environ 60 % des patients étaient d'avis qu'ils n'avaient pas besoin de se refaire blanchir les dents. Toutefois, les exigences des patients changent et le nombre de ceux qui demandent le blanchiment augmente, étant donné qu'un nombre de plus en plus grand de patients veulent se faire blanchir les dents plus souvent.

Deux ans après le blanchiment des dents, je recommande habituellement une journée de reblanchiment pour chaque semaine consacrée au blanchiment initial. Certains patients abusent du blanchiment, mais il n'y a pas de données objectives selon lesquelles le surblanchiment cause des dommages permanents à la structure des dents⁵. Dans une étude récente⁶, nous avons blanchi des dents tachées par la tétracycline sans discontinuer pendant 6 mois et nous n'avons constaté aucun dommage causé aux tissus durs ni à la pulpe des dents. Il n'y avait pas non plus de preuve de dommage généraux.

Le blanchiment ne doit pas être considéré comme un service lucratif pour le cabinet du dentiste. Il faut plutôt le considérer comme un service générateur de clientèle qui intensifie l'intérêt des patients pour les procédures dentaires esthétiques en général. ♦



Le Dr Gerard Kugel est professeur et vice-doyen pour la recherche, Faculté de médecine dentaire, Université Tufts, Boston (Massachusetts). Courriel : gerard.kugel@tufts.edu.

Le Dr Kugel a reçu des subventions d'entreprise pour la recherche sur le blanchiment de Procter & Gamble, Ultradent, Den-Mat, 3M et Sonicare.

Le Dr Kugel donnera 2 présentations, intitulées «Principles of esthetic dentistry» et «Do's and don'ts», lors du colloque pré-congrès sur l'esthétique qui se tiendra le mercredi 24 août.

Références

1. Papathanasiou A, Kastali S, Perry RD, Kugel G. Clinical evaluation of a 35% hydrogen peroxide in-office whitening system. *Compend Contin Educ Dent* 2002; 23(4):335-8, 340, 343-4.
2. Kugel G, Papathanasiou A, Williams AJ. Clinical evaluation of two different in-office tooth whitening systems. *IADR* 2003; 81:[abst 897].
3. Kugel G, Ferreira S, Sharma S, Barker ML, Gerlach RW. Clinical trial assessing light enhancement of in-office tooth whitening. *J Dent Res* 2005; 84(3):[abstr 0287].
4. Kugel G, Aboushala A, Zhou X, Gerlach RW. Daily use of whitening strips on tetracycline-stained teeth: comparative results after 2 months. *Compend Contin Educ Dent* 2002; 23(1A):29-34.
5. Kugel G, Ferreira S. The art and science of tooth whitening. *J Mass Dent Soc* 2005; 53(4):34-7.
6. Kugel G, Aboushala A, Zhou X, Gerlach R. Six-month continuous use of two at-home professional bleaching systems on tetracycline stain. *J Dent Res* 2003; 82(3):32.

Question 4

Comment la perte de dents influence-t-elle sur l'alimentation et la santé et quels conseils diététiques devrait-on donner à un patient ayant rendez-vous pour une ou plusieurs extractions?

Contexte

La principale fonction des dents est la mastication. Par conséquent, la perte, ne serait-ce que d'une seule dent, affaiblit la capacité masticatoire, ce qui a ensuite un effet sur l'alimentation, sur la nutrition, voire sur le risque de contracter une maladie systémique. Une réduction de la capacité masticatoire, telle qu'elle se manifeste par une capacité réduite de mâcher les aliments durs, peut conduire à un apport réduit en certains nutriments. Par exemple, une diminution de l'ingestion de carottes entraîne un déclin des concentrations de carotène. Plusieurs études ont montré que la perte de dents est associée à une diminution de l'ingestion de certains aliments, comme les fruits et les légumes, et de nutriments, comme les fibres et le carotène¹.

Beaucoup d'aliments et de nutriments, en quantité excessive ou insuffisante, ont été reliés à certaines maladies chroniques majeures, comme la maladie cardiovasculaire, le diabète et le cancer. Les directives alimentaires sont fondées sur une accumulation de données objectives étayant la présence de

certaines relations entre l'alimentation et la maladie. Les directives les plus à jour sont résumées dans la nouvelle pyramide de l'alimentation saine (ill. 1)², largement reconnue comme la norme actuelle. Cette pyramide remplace et améliore l'ancienne pyramide du ministère américain de l'Agriculture. Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement propose aussi les sortes d'aliments qui contribuent à la santé³. Ces directives générales doivent être adaptées aux patients individuels si on veut venir à bout de certains états pathologiques systémiques ou répondre à certains besoins particuliers.

Certaines études transversales donnent à penser que les personnes ayant moins de dents sont exposées à un risque accru de maladie systémique en raison de leur alimentation. Notre étude longitudinale a ainsi démontré que la perte de dents peut réellement conduire à des modifications alimentaires⁴. La perte de dents a aussi été associée directement à la maladie cardiovasculaire. La mesure dans laquelle une association entre la perte de dents et la maladie cardiovasculaire peut être attribuable à

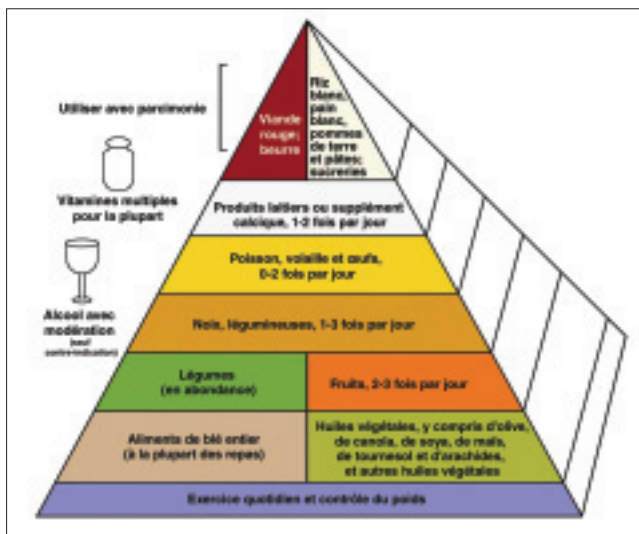


Illustration 1 : Pyramide d'alimentation saine. Source : Willett². Adaptée du site www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/.

l'alimentation, à une maladie parodontale antérieure ou à d'autres facteurs reste cependant obscure⁵.

Le rôle du dentiste

Lorsqu'un patient doit se faire extraire plusieurs dents, le dentiste doit l'informer des conséquences possibles de la perte de dents sur la nutrition et la santé générale (ill. 2). La visite durant laquelle les extractions sont exécutées constitue aussi une occasion d'informer le patient au sujet de la valeur d'une alimentation saine, tant pour la santé dentaire que pour la santé générale. Étant donné que les états de santé et les besoins alimentaires varient d'un patient à un autre, les directives alimentaires normalisées sont souvent inappropriées. Le renvoi à une diététiste pour consultation individuelle peut être nécessaire, en particulier en présence d'une maladie systémique ou de besoins spéciaux. Le dentiste doit faire preuve de jugement lorsqu'il décide de recommander un patient à une diététiste.

Il faut aussi insister sur la nécessité d'une bonne prothèse permettant au patient de mastiquer plus efficacement après une perte de dents. Même si l'efficacité masticatoire est meilleure avec une prothèse et qu'elle s'améliore encore davantage avec les implants, la sélection des aliments et le statut nutritionnel ne reviennent jamais aux niveaux qui existaient avant les extractions. Comme la capacité à mastiquer certains aliments est entravée par la perte de dents, il faut déployer des efforts ciblés pour maintenir une bonne alimentation. Même avec une prothèse, il peut être nécessaire d'ajuster la préparation de certains aliments. Par exemple, les carottes entières ou les bâtons de carotte sont difficiles à mastiquer, mais les carottes peuvent être râpées ou mises en purée et incorporées dans les recettes. De même, on peut transformer certains autres aliments pour en faciliter la mastication sans en diminuer la valeur nutritive.

Il est avantageux de prévoir des visites de suivi pour tout patient ayant une nouvelle prothèse, non seulement pour vérifier l'ajustement et le confort de la prothèse, mais aussi pour se renseigner spécifiquement au sujet de toute difficulté

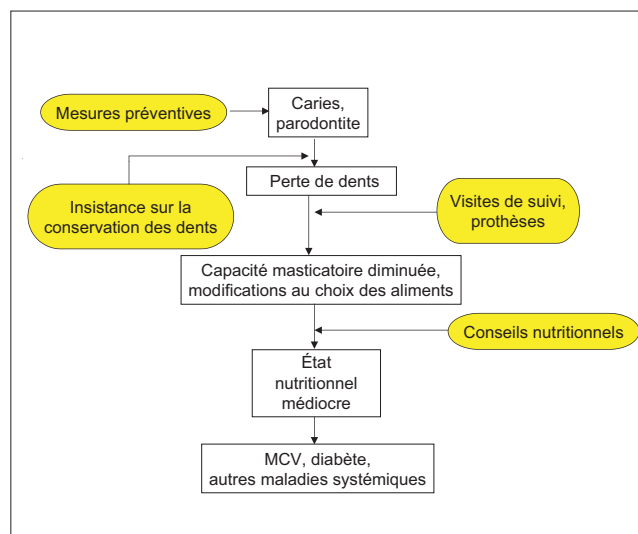


Illustration 2 : Rôles du dentiste dans la prévention et le traitement de la perte de dents et conseils nutritionnels connexes (boîtes jaunes). MCV = maladie cardiovasculaire.

rencontrée pendant la mastication. Le dentiste peut offrir de l'aide et des conseils au patient et, au besoin, le diriger vers un spécialiste. Étant donné que la perte de dents non seulement conduit à une alimentation déficiente, mais augmente aussi le risque de maladie systémique, la meilleure approche pour les dentistes est d'aider à prévenir la perte de dents ou d'en réduire le risque au minimum. Par conséquent, il faut accorder davantage d'attention à la prévention et à la maîtrise de la progression des caries dentaires et des maladies parodontales, principaux indicateurs de la perte de dents. Il faut insister auprès des patients sur l'importance de conserver les dents et sur les conséquences de la perte de dents avant que surviennent des problèmes, de même qu'insister sur le maintien d'une bonne nutrition avant les extractions. ➤



La Dre Kaumudi Joshipura est professeure agrégée d'épidémiologie, Faculté de médecine dentaire de Harvard. Courriel : Kaumudi_Joshipura@hsdm.harvard.edu.

La Dre Joshipura donnera sa présentation intitulée «Oral health, nutrition and systemic disease» au Congrès de la FDI le jeudi 25 août.

Références

- Ritchie CS, Joshipura K, Hung HC, Douglass CW. Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes. *Crit Rev Oral Biol Med* 2002; 13(3):291–300.
- Willett WC. Eat, drink, and be healthy. The Harvard Medical School Guide To Healthy Eating. New York: Simon & Schuster; 2001.
- Santé Canada. Guide alimentaire canadien pour manger sainement. Disponible à l'adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/food_guide_rainbow_f.html.
- Hung HC, Colditz G, Joshipura KJ. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(3):167–73.
- Joshipura KJ, Douglass CW, Willett WC. Possible explanations for the tooth loss and cardiovascular disease relationship. *Ann Periodontol* 1998; 3(1):175–83.