

Personnes âgées et dénutrition

Manger est à la fois l'acte le plus banal et le plus important de notre vie. Pourtant, combien de fois avons-nous oublié, nous chirurgiens-dentistes, d'intégrer cette notion et cette priorité dans nos soins ?

Quels meilleurs moyens pour fêter un succès, un anniversaire ou une bonne nouvelle que de le faire autour d'une table ? Les relations ne s'établissent-elles pas souvent grâce à un bon repas ? Celui-ci reste pour la personne âgée un moment privilégié dont il ne faut pas la priver.

Or comment participer à cette fête sans dents ?

L'édenté sub-total ou total représente toujours une part importante de l'activité des chirurgiens-dentistes, qu'ils doivent prendre en compte à différents niveaux. Le simple fait de perdre ses dents entraîne à la longue des déficits alimentaires à l'origine de carences. Le potentiel masticatoire, qui dépend non seulement du nombre de dents présentes mais également de leur position sur l'arcade, influence le type d'alimentation de la personne âgée, avec un impact sur ses apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, son confort et son bien-être. En effet, il est difficile de s'alimenter sans dents et aucune prothèse n'est plus indispensable que la prothèse adjointe ou sur implant : 30% de la population édentée ou mal appareillée, présente des problèmes de nutrition.

Se nourrir c'est édifier, entretenir et protéger l'organisme.

Bien s'alimenter n'est pas obligatoirement bien se nourrir, car manger n'est pas un acte aussi simple qu'il y paraît. L'équilibre alimentaire est le résultat d'un apport de nutriments en quantité et en qualité suffisante et d'une certaine quantité d'énergie. Il dépend également de facteurs psychoaffectifs. Le simple fait de perdre ses dents, qu'il y ait ou non restauration correcte, va entraîner toute une série de conséquences physiologiques et psychologiques non négligeables qui vont perturber le comportement alimentaire de l'individu (3, 5). Alors que le sujet européen n'a pas de raison de présenter des carences, certains états se mani-

festent malgré tout lorsque les problèmes fonctionnels bucco-dentaires se font sentir.

Au fil des siècles, l'alimentation et le mode de vie ont considérablement évolué. Aujourd'hui on sait qu'alimentation et état de santé sont corrélés. La variété est un gage d'équilibre évitant ainsi les excès et les carences. Les quantités nécessaires sont très variables d'un individu à l'autre, selon l'âge, l'activité physique, l'état de santé, la température extérieure, etc. De multiples facteurs vont intervenir dans ces besoins nutritionnels.

SE NOURRIR QUAND ON EST ÉDENTÉ

On ne peut aborder la nutrition des édentés sans considérer le contexte, tous les facteurs qui conditionnent l'acte de se nourrir. La place prépondérante occupée par la cavité buccale tout au long de l'existence d'un individu du point de vue psychologique, physiologique ou sensitif est évidente.

Chez le patient édenté, non seulement la détérioration est visible, mais au moment des repas, elle prend toute son acuité, car il se trouve placé en situation d'infériorité majeure. En effet, la préhension des aliments, dévolue en principe aux incisives, ne se fait pas, la mastication est inexistante, et l'aveu d'impossibilité manifeste. Le visage se trouve déformé et vieilli. L'invagination des lèvres, le menton en galoche, le nez tombant soulignent l'absence de dents. Cet état de faiblesse est souvent très gravement ressenti, surtout dans nos sociétés exigeantes où les dents représentent la bonne santé, la jeunesse, la vitalité, le bien-être. Leur absence devient donc synonyme de déchéance, de vieillesse, de dégradation physique (4, 5, 7).

L'édenté dans ce cadre va donc refuser les repas pris en société, il va peu à peu s'exclure de ces moments privilégiés, qu'ils soient familiaux ou amicaux pour ne manger que seul. Parfois même, la présence du conjoint peut poser des problèmes. Le malade va alors, de lui-même, se reléguer dans un autre lieu, à un moment

* PU-PH, UFR d'odontologie, université Victor-Segalen, Bordeaux 2

différent, pour ne pas imposer aux autres la vision dégradante de sa bouche sans dents, en train de tenter de manger. La mastication sur les gencives est une opération longue, douloureuse, les repas sont éludés, certains aliments progressivement éliminés, pour aller plus vite, pour ne pas souffrir. Seule compte à ce moment-là la nécessité de se nourrir pour vivre. Et si par malheur la dépression se surajoute à ce phénomène, le patient peut ne plus avoir envie de manger.

Le goût et la texture sont appréciés en fonction de la contenance en matières grasses des produits mangés. La personne édentée va se satisfaire d'une alimentation marginale et inadéquate. Il va absorber des nourritures riches en calories mais pauvres en nutriments nécessaires pour l'organisme comme les acides aminés indispensables, les vitamines, les sels minéraux, les fibres. Ces aliments sont qualifiés de « vides », car ils n'apportent rien d'essentiel dans la couverture des dépenses énergétiques. La qualité, la diversité de l'approvisionnement, son caractère familial vont disparaître alors que ce sont des facteurs importants de la stimulation alimentaire (4, 7, 9). La convivialité des repas conforte les rapports avec les autres.

Ces modifications du régime associées à un édentement et un port de prothèses défectueuses sont responsables d'une perte de poids supérieure à 4 %. Les personnes totalement édentées ont habituellement des prises nutritionnelles quantitativement inférieures aux niveaux recommandés. Le lien entre édentement, apports faibles en nutriments et multiples inadéquations diététiques est largement établi.

→ SE NOURRIR QUAND ON EST ÂGÉ

Les modifications physiologiques ainsi qu'environnementales contribuent à perturber le statut nutritionnel de la personne âgée en modifiant les apports, la disponibilité et le devenir des nutriments. En effet, avec l'âge, les cellules vieillissent : elles se renouvellent moins bien et moins vite. Dès lors, le corps et ses fonctions changent. En outre, la présence de pathologies et leur traitement modifient encore la situation, la compliquant souvent. On observe une diminution des facultés d'adaptation, insuffisances des grandes fonctions (cardiaque, pulmonaire, cérébrale, hépatique, pancréatique...). La digestion est souvent ralentie.

Parallèlement au vieillissement physiologique, des problèmes de solitude, de prise abusive de médicaments, de dépression, de chute de niveau de vie, d'impotence, s'ajoutent à des problèmes de troubles de la mastication, d'appareils dentaires défectueux, parfois trop anciens ou réparés plusieurs fois. (4)

C'est à partir de 70 ans qu'il faut faire attention à son alimentation. La dénutrition peut s'installer de façon brutale ou de façon

insidieuse.

Un senior ne doit en aucun cas faire de régime. La perte de masse affectera la masse maigre et non la masse grasse. Chez la personne âgée, un certain nombre d'idées reçues ont la vie dure :

« Avec l'âge, on a besoin de moins manger... »

« Il est normal de perdre du poids en vieillissant... »

« Le soir, une soupe et un yaourt suffisent largement... »

L'état de santé est un élément essentiel à prendre en compte ainsi que le facteur individuel qui dépend de l'histoire nutritionnelle du sujet qui est différente selon le mode de vie. L'influence des appétences et des aversions alimentaires dépend en outre de la tradition et du vécu de l'individu. Mais l'existence d'affection chronique, de troubles digestifs, peuvent être la cause d'un rejet spécifique de certains aliments. La perception des saveurs est modifiée avec l'âge, le port d'une prothèse dentaire, le débit salivaire, etc. La dénutrition peut se faire alors de façon brutale. On va observer alors un certain nombre de conséquences : déminéralisation osseuse, asthénie, diminution des défenses immunitaires, troubles de la mémoire etc....

Le goût s'estompe, la denture s'altère, la digestion est plus difficile. Tous ces phénomènes entraînent une réduction de la qualité et de la quantité des aliments consommés. Un mets sera moins bien mastiqué à cause de la diminution de sécrétion de salive, et moins bien digéré à cause de la diminution de sécrétion d'acide chlorhydrique par l'estomac et des enzymes sécrétées par le pancréas. Lorsque la sécrétion salivaire diminue, l'aliment devient sans saveur et devient moins bien apprécié. (2)

Ces différents aléas vont conduire la personne âgée à une diminution d'aliments variés et à une négligence alimentaire responsable des malnutritions sévères causées par des carences d'apport, alors qu'aujourd'hui elles sont devenues exceptionnelles à cause de la variété des aliments mis sur le marché, sauf chez la personne âgée et les personnes à bas niveau socio-économique.

La personne âgée alors va simplifier son alimentation et notamment limiter les protéines et les produits frais, augmentant en contrepartie la part en substances sucrées. Ces sucres, satiétogènes, participent à la réduction des apports nutritionnels. Ceci aboutit, là encore, à un régime pauvre en fibres, vitamines et protéines et riche en hydrates de carbone, avec des conséquences sur la santé générale. Les carences en protéines entraînent une perte de la masse musculaire appelée sarcopénie, limitant encore l'exercice physique, diminuant l'activité musculaire, faisant disparaître la musculature (1).

Une personne âgée dénutrie souffre davantage de complications, d'infections. L'amaigrissement et la faiblesse musculaire la prédisposent davantage aux chutes et aux fractures spontanées.

L'association de l'édentement à la dépendance constitue un facteur aggravant de risque de perte de poids qui s'élève à des valeurs dépassant les 10%. Classiquement, on considère que trois facteurs : les 3D font entrer la personne âgée dans la spirale de la dénutrition : la dépendance, la dépression et la démence. On ne peut pas non plus nier le rôle joué par les troubles buccaux généraux comme l'halitose, l'hygiène buccale insuffisante, la bouche sèche, l'incapacité à mastiquer, l'absence d'occlusion, les pathologies temporo-mandibulaires, les phénomènes infectieux, les processus inflammatoires, les lésions muqueuses, les douleurs orales dans ces pertes de poids de plus de 10% (2, 8).

Il n'est pas rare dans ce cas de perdre 6 à 8 kg. Une personne fragile doit être pesée régulièrement afin de suivre sa courbe pondérale et éviter toute perte de poids (Figure 1).

Dans un interrogatoire médical, le poids doit être demandé par le praticien. Une réponse claire et précise (à 1 ou 2 kg près) doit lui être donnée en retour. Si le patient ne sait pas, ne se pèse plus depuis longtemps, cela doit attirer l'attention. Cela veut dire qu'il se désintéresse de son alimentation et de sa santé.

De surcroît, des pathologies comme la maladie d'Alzheimer, le diabète ou la maladie de Parkinson favoriseraient l'apparition d'une hyposialie et d'un syndrome sec buccal, aggravés par les thérapeutiques psychotropes souvent prescrites. Dans la maladie d'Alzheimer, des troubles de la déglutition et des difficultés masticatoires peuvent s'y associer. La détérioration de l'état buccal s'accroît au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, par défaut d'hygiène, difficulté à porter les prothèses, perte de la mémoire et des capacités gestuelles de brossage (8).



↑ Figure 1

Chez des patients non traités, avec un MMS (Mini Mental Status) moyen de 18, on observe la présence de plaque dentaire, de tartre et de saignement. Quand le MMS diminue, le nombre de lésions parodontales s'accroît et la prévalence de syndrome sec buccal est plus élevée. Ce mauvais état bucco-dentaire va participer à la dégradation de la capacité masticatoire et donc au statut nutritionnel (1, 7).

Il faut donc restaurer la dentition, réparer les prothèses dentaires et réaliser des prothèses neuves chaque fois que c'est possible (Figure 2).



↑ Figure 2

➔ APPRENDRE À UTILISER SA PROTHÈSE

Il ne viendrait à l'idée de personne de faire le marathon de New York après la mise en place d'une prothèse de hanche, et pourtant c'est ce que s'imaginent souvent les patients : pouvoir manger, parler etc. avec leurs nouvelles prothèses amovibles comme avec des vraies dents quelques heures à peine après sa mise en place. Lorsque la prothèse est insérée, les patients doivent se rendre compte qu'une rééducation s'impose et qu'ils ne pourront pas se nourrir d'emblée comme avec des dents naturelles. Ils doivent prendre conscience qu'un outil leur est fourni et qu'ils doivent apprendre à s'en servir.

Notre objectif est de soulager, de guérir et d'accompagner.

Le rôle du praticien, lors de l'insertion de la prothèse amovible, est d'avertir le patient des difficultés qui vont se produire en lui donnant quelques conseils pratiques, sinon un risque de déception immédiate peut entraîner le refus de la prothèse. Un accompagnement du patient doit s'effectuer à ce moment-là (5, 6, 10).

Trois phases concomitantes à l'équilibration prothétique doivent s'effectuer à tous les niveaux. Le patient, lorsqu'il va venir à ses rendez-vous, sera écouté, ses doléances seront prises en compte et réglées, l'équilibration sera effectuée selon le rythme habituel : réglage en occlusion, huit jours après : réglage en propulsion et 15 jours ou 3 semaines après : réglage en latéralité droite et gauche. Un certain nombre de principes généraux seront expliqués : réapprendre à varier les repas, les textures, les goûts dans la mesure du possible, éviter l'alimentation mixée. Fractionner les repas, rajouter des collations à 10 h, 16 h, 18h si la personne a un tout petit appétit.

Utiliser des compléments nutritionnels en plus des repas chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Réhydrater en permanence les personnes âgées. Il faut éviter la déshydratation chez la personne âgée qui est plus sensible.

Une progression dans les textures sera mise en place : une texture molle lors de la première semaine, puis une texture souple et enfin les textures normales seront réhabilitées au bout d'un certain temps en fonction de l'habileté du patient.

Une rééducation masticatoire est instaurée. Ainsi, à chaque séance, après le réglage de l'occlusion, le patient fera l'essai d'une certaine quantité d'aliments. À la fin, la liste des menus correspondants à la texture qu'il vient de pratiquer lui sera remise.

On explique au patient les obstacles qui peuvent s'interposer tout au long de cet apprentissage : hypersalivation, perte du goût, utilisation éventuelle de crème adhésive pour éviter les réflexes nauséux, modification provisoire du goût, etc. Des informations pour prévenir les problèmes lui sont dispensés, des conseils d'hygiène prodigués.

Une petite fiche sera remise au patient à chaque rendez vous, sur laquelle seront expliqués et notés un certain nombre de conseils. La fiche permet d'aborder le problème et de répondre aux questions que le patient va se poser tout au long de l'intégration de la prothèse. Des petits-déjeuners et des menus de texture molle, souple et normale pour une semaine y sont inscrits et peuvent être modifiés en fonction de l'état général du patient (menus pauvres en cholestérol, en sucre, etc.). Des conseils d'hygiène y sont reportés (5, 6).

PHASE I: le jour de l'insertion prothétique.

(tableau 1)

Cette séance va permettre d'aborder la mastication bilatérale et d'appréhender des textures que nous qualifions de molles. L'hygiène est contrôlée, on explique à nouveau les méthodes de nettoyage si nécessaire. Des conseils pour résoudre les problèmes évoqués lui sont donnés (5,6).

Tableau 1

► PHASE I: le jour de l'insertion prothétique

Texture molle

Soupe mixée.
Jambon blanc coupé très fin.
Purée de légume ou pâtes.
Fromage blanc ou yaourt.
Compotes de fruits.
Pain de mie.

PHASE I: trois jours après.

Au cours de cette phase, un rendez-vous intermédiaire est programmé à trois jours. La mastication bilatérale est expliquée à nouveau, montrée avec une glace et un morceau de gruyère ou de jambon, car le patient, souvent embarrassé, a du mal à intégrer cette démarche.

PHASE II: 8 jours après l'insertion. (tableau 2)

Cela permet de revenir sur les difficultés masticatoires et d'hygiène, de lui faire essayer la texture souple. Huit jours sont attendus pour que le patient ait bien le temps d'assimiler les principes enseignés (5, 6). On peut revoir les désagréments dus aux réflexes nauséux, à l'hypersalivation, quelquefois on observe des problèmes de morsure des joues (5, 6)...

Tableau 2

► PHASE II: 8 jours après l'insertion

Texture souple

Soupe avec des morceaux.
Viande blanche coupée petit ou cubes de jambon.
Légumes cuits en morceaux.
Fromages type pâte molle.
Fruits cuits entiers ou en morceaux.
Biscottes.

PHASE III: entre 15 et 30 jours après l'insertion.

(tableau 3)

Le patient doit avoir acquis une certaine habileté masticatoire. Cette phase peut être repoussée en fonction des aptitudes du patient et des problèmes d'intégration qui peuvent survenir. Les principes d'hygiène prothétique doivent être alors acquis.

Des idées de menus seront données au patient, qui tout en restant

Tableau 3

► **PHASE III : entre 15 et 30 jours après l'insertion**

Texture dure

Viande rouge.
Légumes crus râpés ou coupés fins.
Légumes cuits.
Fromages pâte dure (comté, édam, etc.)
Fruits crus en morceaux. Abricots secs, pruneaux secs.
Pains type baguette.

équilibrés pour éviter les carences, lui permettront d'augmenter progressivement les textures et la taille des morceaux insérés (5, 6).

Deux impératifs sont à respecter :

1- Réaliser des repas équilibrés et variés. Chaque repas doit comporter au moins une crudité sous forme de fruits ou de légumes, un féculent ou un légume cuit en alternance, une viande, un laitage (tableau 4).

2- Ne plus mixer la nourriture mais couper en morceaux dès que cela est possible. L'apprentissage de l'introduction de particules alimentaires, de plus en plus grosses et de plus en plus dures, va faciliter l'intégration de la prothèse. La compréhension par le patient de la mise en place d'une prothèse demande du temps et des efforts.

Tableau 4

► **Exemple de répartition dans la journée (pour 2.000 Kcal)**

Petit-déjeuner.	Déjeuner.	Collation.	Dîner.
1 bol de café au lait, 2 morceaux de sucre, Pain (60 g) Beurre (10 g) Confiture (1 c à s) ou Céréales mélangées avec du lait et du sucre ou du miel, Marmelade de fruits, Jus de fruits.	Crudités (100 g) Huile (2 c à s) Vinaigre, 1 portion de viande, de poisson ou 2 œufs, 100g de féculents, (riz, pommes de terre, légumes secs, pâtes) Margarine 5 g 1 yaourt nature + sucre (2 c à c) 1 fruit frais ou 1 jus de fruit Pain (30 g) Eau.	Une boisson au choix (thé, tisane, jus de fruits, eau) Entremets à base de lait. (Type semoule au lait : 150 ml de lait + 15 g de céréales + 15 g de sucre) ou Milk-shake aux fruits ou Lait de poule.	1 bol de potage (légumes + vermicelles ou pommes de terre) Crème fraîche (1 c à c) 1 portion de viande. 100g de légumes verts. Fromage râpé (1 poignée) ou 1 morceau de fromage à pâte dure, 1 fruit frais, Pain (30 g) Eau.

D'après « Diététique, édentation et prothèse amovible » de V. Dupuis, ed. Cdp, Paris, 2005

➔ **CONCLUSION**

Bien se nourrir consiste à réunir : appétit, envie de cuisiner, possibilité physique de manger. Le chirurgien-dentiste participe de façon active à ce mécanisme en mettant en œuvre non seulement son savoir-faire, mais également son temps. La mise en place d'un traitement amovible ne peut se faire sans un suivi très actif de la part de l'équipe médicale qui l'a prise en charge.

Ainsi l'assistante a un rôle très important à jouer dans la compréhension des menus, des techniques de mastication bilatérale, de la complexité de l'intégration prothétique, etc. dans l'écoute et l'empathie.

Le prothésiste, par ailleurs, est quelquefois conduit à remonter les dents après un certain temps, le patient s'étant rééduqué, et il arrive qu'il se mette progressivement dans une position postérieure.

En France, la gravité de la dénutrition semble sous-estimée. Il est du devoir du chirurgien-dentiste de donner des conseils alimentaires : manger des protéines (viandes, poissons, céréales ou œufs) midi et soir, soit 1g par kilo de poids, 5 fruits et légumes frais et cuits par jour, ainsi que des produits laitiers. Ces règles simples doivent être respectées particulièrement après 70 ans.

Il ne s'agit pas de « livrer » une prothèse et d'abandonner le malade, car la seule capacité technique ne suffit pas à permettre l'intégration de la prothèse et à donner confiance au patient. La réalisation d'une prothèse amovible complète est un réel traitement qui requiert beaucoup de psychologie, demande une grande disponibilité. Ce temps passé ne doit pas être considéré comme perdu mais comme faisant partie intégrante du traitement.

➔ **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Agrawal KR, Lucas PW, Bruce IC, Prinz JF. Food properties that influence neuromuscular activity during human mastication. J Dent Res. 1998 Nov; 77(11): 1931-1938.
- 2- Bourdiol P, Mioche L, Monier S. Effect of age on salivary flow obtained under feeding and non-feeding conditions. J Oral Rehabil. 2004 May; 31(5): 445-452.
- 3- Bertrand C, Dupuis V, Laffitte T. Retrouver le sourire en prothèse adjointe totale: la prothèse sans y penser. Cahiers de Prothèse. 1996, mars; 93: 59-69.
- 4- Desport JC. Edentulism and malnutrition in elderly patients. Am J Clin Nutr. 2004 Nov; 80 (5): 1453.
- 5- Dupuis V. Diététique, Edentation et Prothèse amovible. Ed. Cdp 2005 Paris.
- 6- Dupuis V. Dépliant santé « bien vivre sa prothèse » guide clinique. Ed. Cdp 2005 Paris.
- 7- Kohyama K, Mioche L, Bourdiol P. Influence of age and dental status on chewing behaviour studied by EMG recordings during consumption of various food samples. Gerodontology. 2003 Jul; 20(1): 15-23.
- 8- Mojon P, Budtz-Jorgensen E., and Rapin C.H. Relationship between oral health and nutrition in very old people. Age and Ageing. 1999; 28: 463-468.
- 9- Skrinkai R.S., Hatch J.P., Rugh J.D., Sakai S., Mobley C.C., Saunders M.J., Dietary intake in edentulous subject with good and poor quality complete dentures. J. Prosth. Dent. 2002 May; 87 (5): 490-498.
- 10- Taddei C., Dupuis V. Réalités et limites des traitements en odontologie gériatrique. Revue francophone de gériatrie et de gérontologie. février 2004; 102: 90-96. ■