

Xérostomie : ce que nous devons savoir notamment pour nos patients âgés

Emmanuel Maheu

Rhumatologue, Paris 11 et St-Antoine ;

emaheu@wanadoo.fr



CIPEG 2026

Liens d'intérêts: 2024-2026

- Permanent : Aucun
- Ponctuels : (Consultant ; coordination d'essai clinique; Intervenant dans un symposium ; invitations à un congrès):
 - Carilène
 - Expanscience
 - IBSA Pharma
 - Pierre Fabre
 - TRB Chemedica

Définitions : 2 notions

- La xérostomie se traduit par une sensation subjective de bouche sèche
- Hyposalivation est définie comme une réduction du flux salivaire qui peut être identifié et mesuré objectivement, résultant d'une insuffisance fonctionnelle des glandes salivaires. (IFGS)

Epidémiologie: prévalence

- En population générale : 10 à 30% selon définition et critères **Pereira et al. Int J Oral Maxillofac Surg 2018**
- Sujets âgés : jusqu'à 30% et plus après 65 ans **Krantz et al J Am Ger Soc 2013 ; Cahmberlain et al. Gerontol Ger 2017**
- Post-radique: 80 à 100% des patients ayant RadioThérapie tête/cou **Fox et al. Cancer Treat Rev 2016**
- Sd de Sjögren: 90-95% des patients **Mariette X. Nat Rev Rheumatol 2017**
- Revue systémat littérature (**Agostini BA et al. Braz Dental J 2018**) , réalisée en 2018 : prévalence de 23% (95% confidence interval [95%CI]: 0.18-0.28) pour xérostomie, de 20% (95%CI: 0.15-0.25) pour hyposalivation et de 22% (95%CI: 0.17-0.26) pour la bouche sèche en général.
- Review basée sur 29 études de bouche sèche, 14 études pour l'hyposalivation et 26 studies pour la xérostomia

Epidémiologie: prévalence

- Prévalence de l'hyposalivation : 33.37%.
- Prévalence difficile à évaluer du fait des variations de définitions et méthodes diagnostiques utilisées et des variations des populations étudiées.
- Xérostomie de 12% to 39% dans population sujets âgés,
- Prévalence de l'insuffisance fonctionnelle glandulaire de 5% to 47%.
- Prévalence chez jeunes adultes, moitié de celle des sujets âgés
- Prévalence plus élevée souvent rapportée chez les femmes ménopausées, quelle que soit la cause. **Mirzaii-Dizgah I. J Contemp Dent Pract, 2011;12: 196-9.**

Critères diagnostiques - classification

Symptômes et signes de xérostomie et d'insuffisance fonctionnelle de la glande salivaire

Présentation Bouche Sèche		
	Xérostomie	Insuffisance fonction glande salivaire
Domaine	Symptômes	Signes
Signes mesurables	Aspects expérimentés Aspects comportementaux	Taux de flux salivaire
Options de mesure	Simple question Méthode multi-items Série d'items Echelles d'évaluation (score)	Flux stimulé Flux non stimulé Flux salivaire total Flux salivaire glandulaire

Thomson WM. Dry mouth and older people. Aust Dent J, 2015;60: 54-63.

Critères diagnostiques - Evaluation

Table 2: Short-form version of the Xerostomia Inventory (SXI-D)¹⁵.

	Short-form version of the Xerostomia Inventory
Item content	My mouth feels dry when eating a meal My mouth feels dry I have difficulty eating dry foods I have difficulty swallowing certain foods My lips feel dry
Response options	'Never' (score 1), 'Occasionally' (2), 'Often' (3)
Possible score range	5 (no xerostomia) to 15 (worst xerostomia)

Thomson WM, et al. Shortening the xerostomia inventory. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2011;112: 322-7.

Table 3: Subjective evaluation of xerostomia^{4,11,12}.

Question	Answer
Do you have difficulty swallowing food?	Yes/No
Does your mouth feel dry when you eat a meal?	Yes/No
Do you sip liquids to help you swallow dry foods?	Yes/No
Does the amount of saliva in your mouth seem low?	Yes/No
Does the amount of saliva in your mouth seem excessive?	Yes/No
Dryness of lips	Present/Absent
Dryness of buccal mucosa	Present/Absent

Fox PC, et al. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. J Am Dent Assoc, 1987;115: 581-4.

***Conséquences
de la
xérostomie /
bouche sèche***

Conséquences de la xérostomie

Bouche sèche

Soif

Difficultés avec fonctions orales

Dysphagie

Modification discours

Difficultés dentaires

Inconfort oral nocturne

Infections oropharyngées

Brûlures oropharyngées

Accumulation muqueuse

Rétention nourriture buccale

Accumulation de plaques

Variation de la flore microbienne orale

Modifications muqueuses

Caries liées à l'hyposialie

Troubles du goût

Conséquences cliniques

- Fardeau majeur, compte tenu de la prévalence élevée en population générale
- Xérostomie et insuffisance fonctionnelle salivaire sont associées à une altération de la qualité de vie générale aussi bien chez sujets âgés que chez les jeunes Ikebe K et al. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007;103: 216-22.**

1. Etat buccodentaire

- Majorée par mauvaise hygiène buccodentaire
- Diminue l'état buccodentaire : augmente caries, risque de candidoses et infections, maladies périodontales et perte de dents. **Turner M. J Am Dent Assoc, 2007: 15-20**
- **Douleurs diverses, sensation de brûlures, perte de la sensibilité linguale**

Conséquences cliniques

2. Difficultés pour parler s'alimenter, avaler, boire

- La xérostomie s'accompagne de difficultés d'élocution
- Difficultés pour avaler et déglutir
- Gêne pour porter des appareils dentaires

3. Hyposalivation

- Difficultés pour manger des aliments secs

4. Dans les 2 cas

- Difficulté mastication et deglutition: nécessité fréquente de siroter un liquid en mangeant
- Modification du goût ++ **Turner MD. J Am Dent Assoc, 2007: 15-20.**
- Hyposialie : douleurs dentaires et difficulté de port d'une prothèse

Conséquences cliniques

5. Modification des choix alimentaires et de l'appétit pouvant conduire jusqu'à hyporexie et dénutrition

- Intolérance à la nourriture acide ou épicée : modifications alimentaires et d'hydratation
- **6. Perturbation du sommeil**
- Symptômes de xérostomie plus fréquents la nuit du fait de la réduction circadienne du flux salivaire ; problème majoré par respiration bucale : réveils fréquents ; nécessité de se lever pour boire ; altération du sommeil
- **7. Conséquences psychosociales**
- Toutes ces conséquences impactent la vie sociale allant jusqu'à éviter les contacts individuels chez certains. **Ship JA. J Am Geriatr Soc, 2002;50: 535-43.**

Causes

1. Âge (Cf. Odile Reynaud Lévy)

Jusqu'à 33% -

Pina GMS. Gerodontology, 2020;37: 317-31.

2. Médicaments

Top de la liste des étiologies: 80% des médicaments les plus prescrits causent xerostomie.

Sécheresse touche 42 classes de médicament

Tan ECK, J Am Geriatr Soc, 2018;66:76-8 4. ;

Scully C. Oral Dis, 2003;9: 165-76. ;

Thomson WM, 2000;60: 12-20. 42. ;

Tanasiewicz M, Adv Clin Exp Med, 2016;25: 199-206

Sreebny LM. Gerodontology, 1997;14: 33-47.

Table 5: Drugs associated with dry mouth^{4,44}.

Xerostomic drug class

Drugs that directly damage salivary glands
Cytotoxic drugs
Drugs with anticholinergic activity
Anticholinergic agents: atropine, atropinics and hyoscine
Antireflux agents: proton-pump inhibitors (e.g., omeprazole)
Central-acting psychoactive agents
Antidepressants, including tricyclic compounds
Phenothiazines
Benzodiazepines
Antihistamines
Bupropion
Opioids
Drugs acting on sympathetic system
Drugs with sympathomimetic activity (e.g., ephedrine)
Antihypertensive agents: alpha-1 antagonists (e.g., terazosin and prazosin); alpha-2 agonists (e.g., clonidine); beta-blockers (e.g., atenolol, propranolol), which also alter salivary protein levels
Drugs that deplete fluid
Diuretics

Causes

2. Médicaments

Haut de la liste:

- Psychotropes ; antidépresseurs (exemple ancien des imipraminiques) ; benzodiazépines
- AntiParkinsoniens.
- Opioides
- Antihypertenseurs bêta-bloqueurs

Number of medications taken

■ None ■ One ■ Two or more

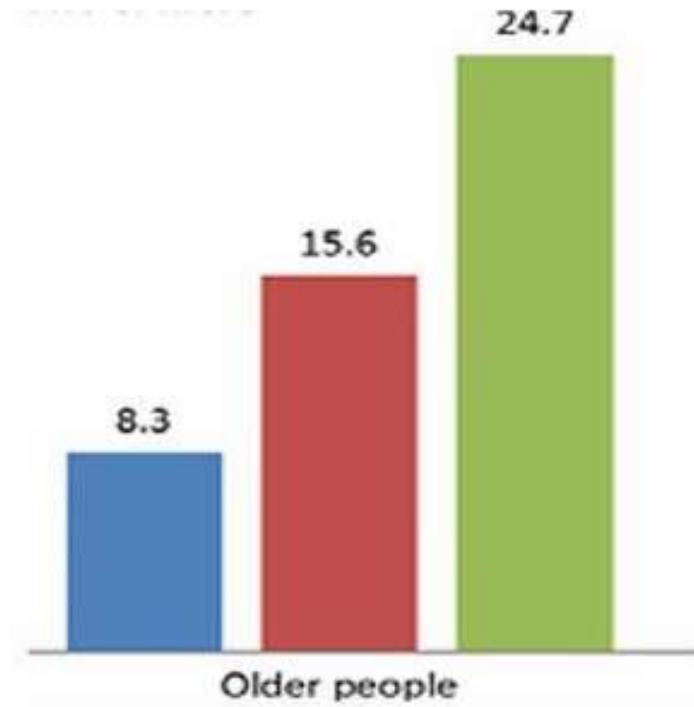


Figure 2: Prevalence of xerostomia (data, percentages) by number of medications taken in elderly people from New Zealand and Australia¹⁶.

Causes

2. Médicaments

La prévalence de la xérostomie augmente selon le N de médicaments pris chez les sujets âgés

Thomson WM. Aust Dent J, 2015;60: 54-63.

Number of medications taken

- None
- One
- Two or more

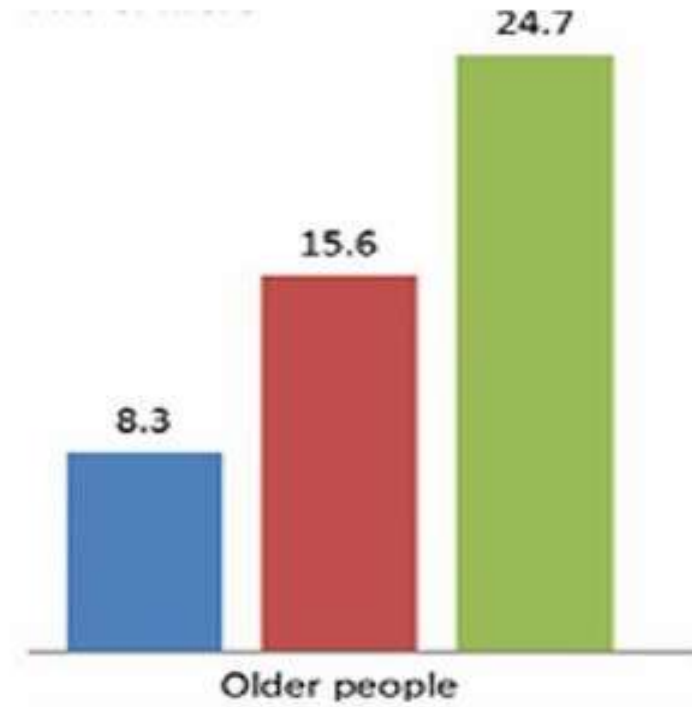


Figure 2: Prevalence of xerostomia (data, percentages) by number of medications taken in elderly people from New Zealand and Australia¹⁶.

Causes

3. Maladies

- **Syndrôme de Sjögren**

- Pour nous, rhumatologues, la cause la plus connue et à l'origine de la question: ressentez vous une sécheresse de la bouche devant des polyarthralgies inflammatoires
- Prévalence dans la population très basse
- Cause donc mineure de xérostomie / ensemble des bouches sèches

Causes

Autres maladies

Diabète surtout Type I ; prévalence exacte difficile à estimer

Déshydratation liée à mauvaise prise de boissons, diarrhées, polyurie **Gupta A. J Can Dent Assoc 2006**

Causes psychogéniques: dépression, anxiété, stress ou peur peuvent donner Xérostomie

Pathologies systémiques responsables d'une dysfonction des glandes salivaires: Parkinson **Barbe AG. Oral Dis, 2019;25: 282-289** ; Xérostomie autoreportée entre 49 et 77%

Alzheimer (patients peuvent se plaindre de bouche sèche même si flux salivaire normal (perceptions altérées) ;

Anémie de Biermer et hyperthyroïdie **Tanasiewicz M, Adv Clin Exp Med, 2016;25: 199-206**

On a aussi mentionné l'asthme, l'insuffisance rénale, surtout chez patients dialysés et la COVID.

Causes

4. Facteurs locaux:

- **Radiothérapie** des cancers de la tête et du cou: quasi constante
- **Diverses affections buccodentaires:** sialadénite ; infection ORL aiguës

Prise en charge et traitements

1. Traitements non pharmacologiques: hygiène et hydratation régulière +++

- **Surveiller l'alimentation** ; doit être régulière, variée, et suffisante : lutter contre dénutrition
- **Bonne hygiène et soins réguliers buccodentaires:** brossage de dents avec fluorés, bains de bouche
- **Hydratation régulière / humidification** de la bouche: boissons, gommages, tissu mouillé, etc.

Prise en charge et traitements

2. Traitements pharmacologiques

- Traitement de l'éventuelle affection causale
- Supprimer, réguler, surveiller, remplacer si possible les médicaments inducteurs de xérostomie ou baisse du flux salivaire
- ***Traitements symptomatiques:***
- Pour le Sjögren: quasi toutes les biothérapies ont échoué à réduire vraiment la Xérostomie

Stimulants salivation (Pilocarpine ; Sulfarlem*)

La pilocarpine a une mauvaise tolérance à 3 x 5/10 mg/j: sueurs, frissons, nausée, vertiges, rhinites et asthénie (observés chez patients radiothérapés)

Prise en charge et traitements

3. Substituts /compléments:

Substituts : Artisial

ou ***lubrifiants compléments salivaires*** : Aequasyal

Très utiles en l'absence de traitements indiscutables : tous 2 remboursés (médicament ou dispositif)

La **Cochrane Review** sur les substituts salivaires dans l'hyposialie a constaté un manque d'efficacité de la plupart des produits proposés mais retenus et recommandé l'Aequasyal sur la base de la positivité de 3 essais cliniques randomisés contrôlés

En guise de conclusion

En Gériatrie et rhumatologie ambulatoire, il est indispensable de s'intéresser dans nos consultations à l'hyposialie

En institution/EHPAD aussi ++++

Au-delà de notre pathologie fétiche caractérisée par un syndrome sec, le Sjögren, elle concerne probablement plus de 35% des patients

- Avec des conséquences affectant de façon très importante la qualité de vie:
- Difficultés d'élocution, et donc relationnelles
- Conséquences buccodentaires et difficultés d'alimentation, pouvant entraîner hypo- ou dénutrition, donc aggravation de la sarcopénie du sujet âgé
- Difficulté pour le sommeil avec réveils nocturnes, donc asthénie venant aggraver la fragilité

En guise de conclusion

- La recherche d'une xérostomie,
- son évaluation clinique
- L'appréciation de son impact sur la qualité de vie de nos patients

doivent certainement faire partie de nos consultations en rhumatologie

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Et merci aux amis et collègues du groupe
Association Gériatrie et Rhumatologie:

- Christian Cadet
- Pierre-Emmanuel Cailleaux
- Pascal Hilliquin
- Claude Jeandel
- Jean-Laurent Le Quintrec
- Emmanuel Maheu
- Odile Reynaud-Lévy
- Françoise Tilotta
- Bernard Verlhac
- Jean-Marie Vetel

XEROSTOMIE DU SUJET AGE

point de vue du gériatre

Dr. Odile Reynaud-Lévy

Gériatre

Hôpital Ste Marguerite-Marseille

Médecine interne et gériatrie

Chirurgie Orthopédique

EHPAD public St Chamas

Liens d'intérêt

Interventions ponctuelles: Rottapharm, Expanscience, Lilly, Boehringer, Meda, Amgen, Novartis, Sanofi, Seqirus, MSD, Moderna

Définition

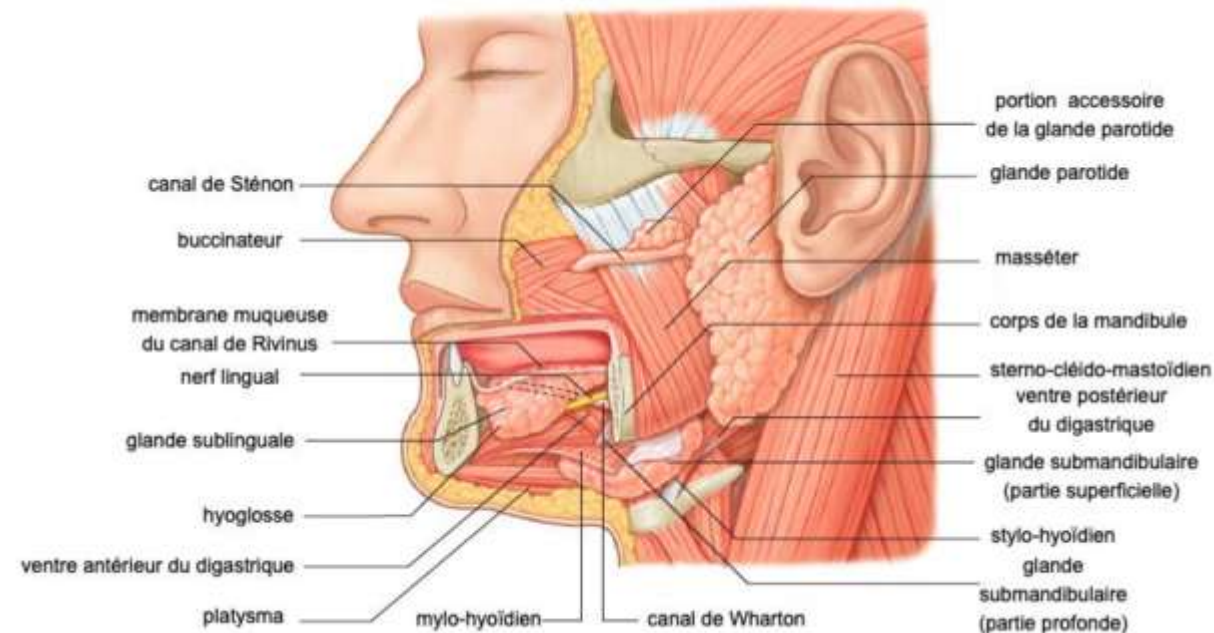
- Baisse de la production de salive: hyposialie
 - Différent de la bouche sèche (parfois sans baisse de la production salivaire)
 - Production normale sans stimulation: 0.4L/min
 - Production avec stimulation: x10 soit au total entre 1l et 1.5l/j (1)
 - Prévalence augmente avec l'âge, en augmentation depuis 10 ans
- Vieillesse de la population
- Polymédication (2)

1- Heintze et al. Swed Dent J 1983

2- Rapport sur la santé bucco-dentaire 2024-2025

Physiologie

- Protection contre les caries
- Equilibre de la flore buccale
- Facilite la déglutition
- Facilite la phonation
- Chez le SA en bonne santé:
modification qualitative plutôt que quantitative de salive (1)



Source : Standring, *Gray's anatomy 40th edition*, 2008.

Physiopathologie chez le sujet âgé

- Diminution de la différenciation cellulaire → atrophie muqueuse (1)
- Formation d'un tissu fibreux et adipeux au niveau des parotides et sous mandibulaires(3)
- Diminution des capacités fonctionnelles : diminution des cellules acineuses: -60%/ jeune(4)
- Affecte la muqueuse gingivale et la langue
- Perte du tissu acineux: - 30% pour les parotides
 - 40% pour les sous maxillaires
 - 45% pour les glandes salivaires accessoires (labiales)
- Diminution du flux non stimulé et stimulé (2) (5)
- Modifications qualitatives (6) (7)

1- Séguier, NPG 2010

2- Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées-DGS 2006

3- Xu et al, J Text Stud, 2019

4- Sorensen et al, Exp Gerontol 2014

5- Affoo et al, JAGS 2015

6- Nagler, Arch Oral Biol 2005

7- Denny et al, J Dent Res. 1991

Spécificités chez le sujet âgé



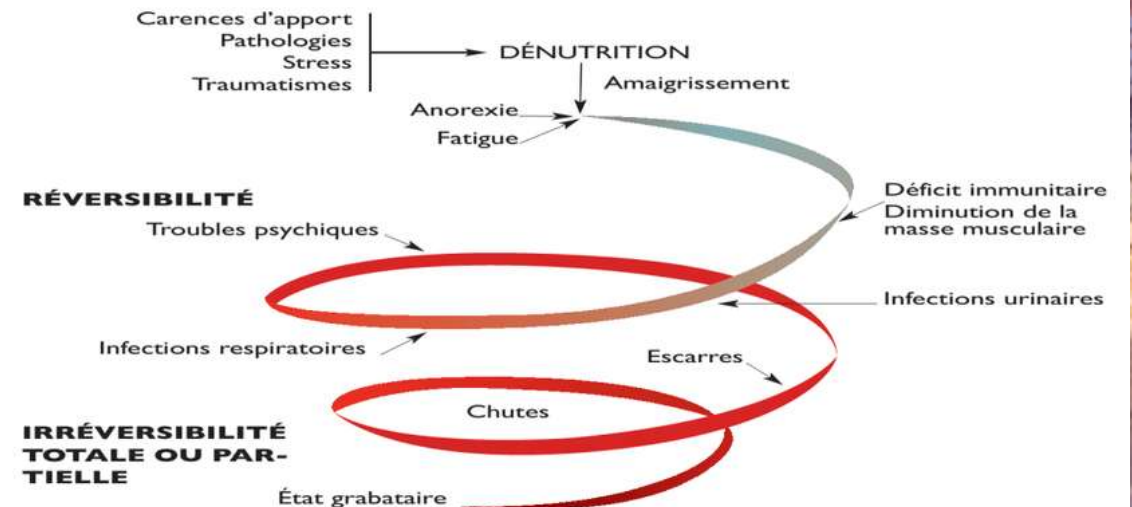
Source : Gauzeran et Saricassapian. « Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte d'autonomie », 2013.

- Absence de diagnostic → interrogatoire+++
- Fréquence des comorbidités: diabète, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, prothèses dentaires, déshydratation, **malnutrition protéique**, respiration buccale
- Impact sur la qualité de vie, la dysgueusie, la dysphagie → **dénutrition**

→ Infections

→ Chutes

→ Aggravation des comorbidités



Agbo-Godeau, Presse Med 2017

Drummond et al, Archs. Oral Biol. 1984

Ghezzi et al, J. Public Health Dent. 2000

Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées-DGS 2006

Xérostomie du SA et diabète

- Déshydratation
- Altération de la microvascularisation
- Neuropathie
- Augmentation des ROS (reactive oxygen species) → dommages cellulaires (1)
- Diminution du flux salivaire/ sujets sains pour DT1 et DT2 (2)

1_ Huang et al, BMC Oral Health 2025

2-Lopez-Pintor et al, J Diabetes Res. 2016

Prévalence élevée chez les DT1 et DT2

168 patients: 13 DT1 et 155 DT2

52% avec xérostomie

41% avec hyposalivation

Moins de xérostomie chez les DT2/DT1

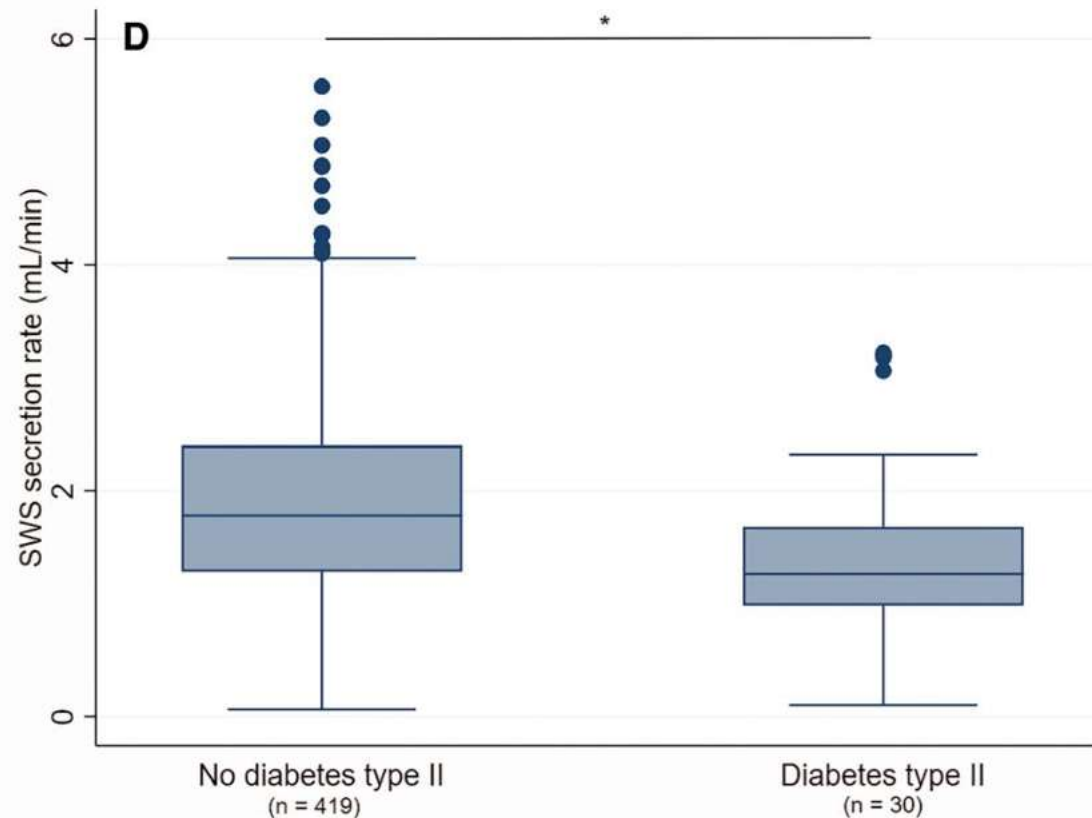
Pas d'effet du contrôle glycémique entre xérostomie vs hyposalivation

Pas d'impact du type de traitement anti diabétique

Impact des traitements associés (anti HTA, traitements neurologiques)



Xérostomie du SA et diabète



Received: 6 October 2020 | Accepted: 20 November 2020
DOI: 10.1111/osa.12737

ORIGINAL ARTICLE

Journal of Oral Sciences
NCF

Xerostomia and hyposalivation among a 65-yr-old population living in Oslo, Norway

My Tien Diep¹ | Janicke Liaen Jensen² | Rasa Skudutyte-Rysstad¹ | Alix Young¹ |
Anne Thea Tveit Sodal¹ | Beáta Éva Petrovski³ | Lene Hystad Hove¹

460 patients >65 ans
10% déclaraient une xérostomie

Xérostomie du SA et Parkinson

- Perte des neurones dopaminergiques
- Troubles non moteurs souvent précèdent les troubles moteurs dont la xérostomie (1)
- Troubles motricité (hypokinésie, tremblements, rigidité) → difficultés hygiène
- Atteinte limbique → perte de motivation pour l'hygiène
- Dysautonomie
- Effets secondaires des dopaminergiques, anticholinergiques, antidépresseurs, antipsychotiques (clozapine), anti HTA,
- Xérostomie → pathologie parodontale → inflammation orale et systémique → aggravation de la maladie de Parkinson

Xérostomie du SA et Parkinson

Received: 9 July 2021 | Revised: 18 February 2022 | Accepted: 21 February 2022
DOI: 10.1111/gm.12628

REVIEW



Salivation in Parkinson's disease: A scoping review

Merel C. Verhoeff¹ | Michail Koutris¹ | Ralph de Vries² | Henk W. Berendse³ | Karin D. van Dijk^{3,4} | Frank Lobbezoo¹

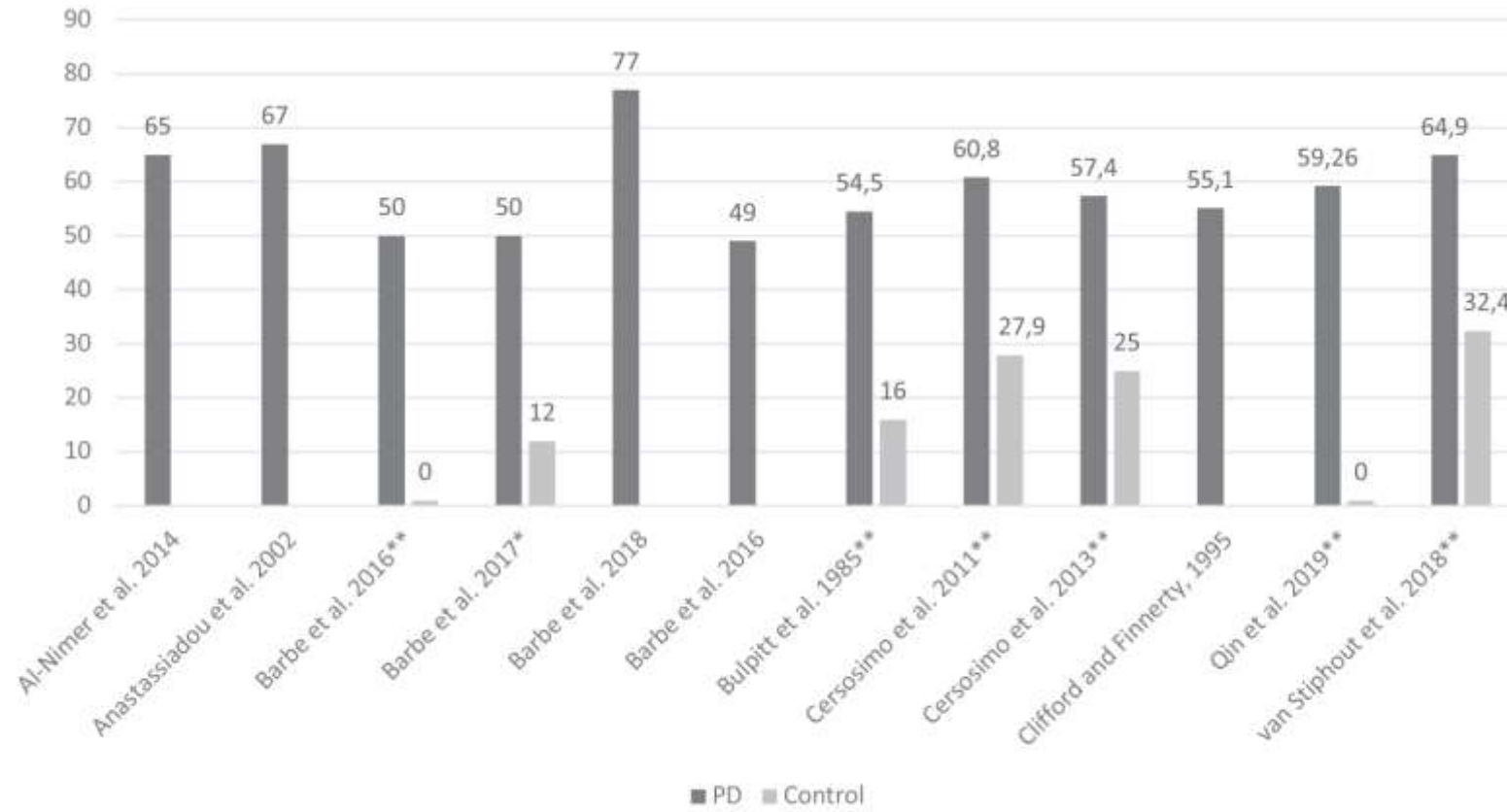


FIGURE 3 Prevalence (%) of xerostomia in patients with Parkinson's disease (dark grey) vs. controls, when applicable (light grey)

on 2026

Xérostomie du SA et Parkinson

Received: 9 July 2021 | Revised: 18 February 2022 | Accepted: 21 February 2022

DOI: 10.1111/gm.12628

REVIEW

WILEY

Salivation in Parkinson's disease: A scoping review

Merel C. Verhoeff¹ | Michail Koutris¹ | Ralph de Vries² | Henk W. Berendse³ | Karin D. van Dijk^{3,4} | Frank Lobbezoo¹

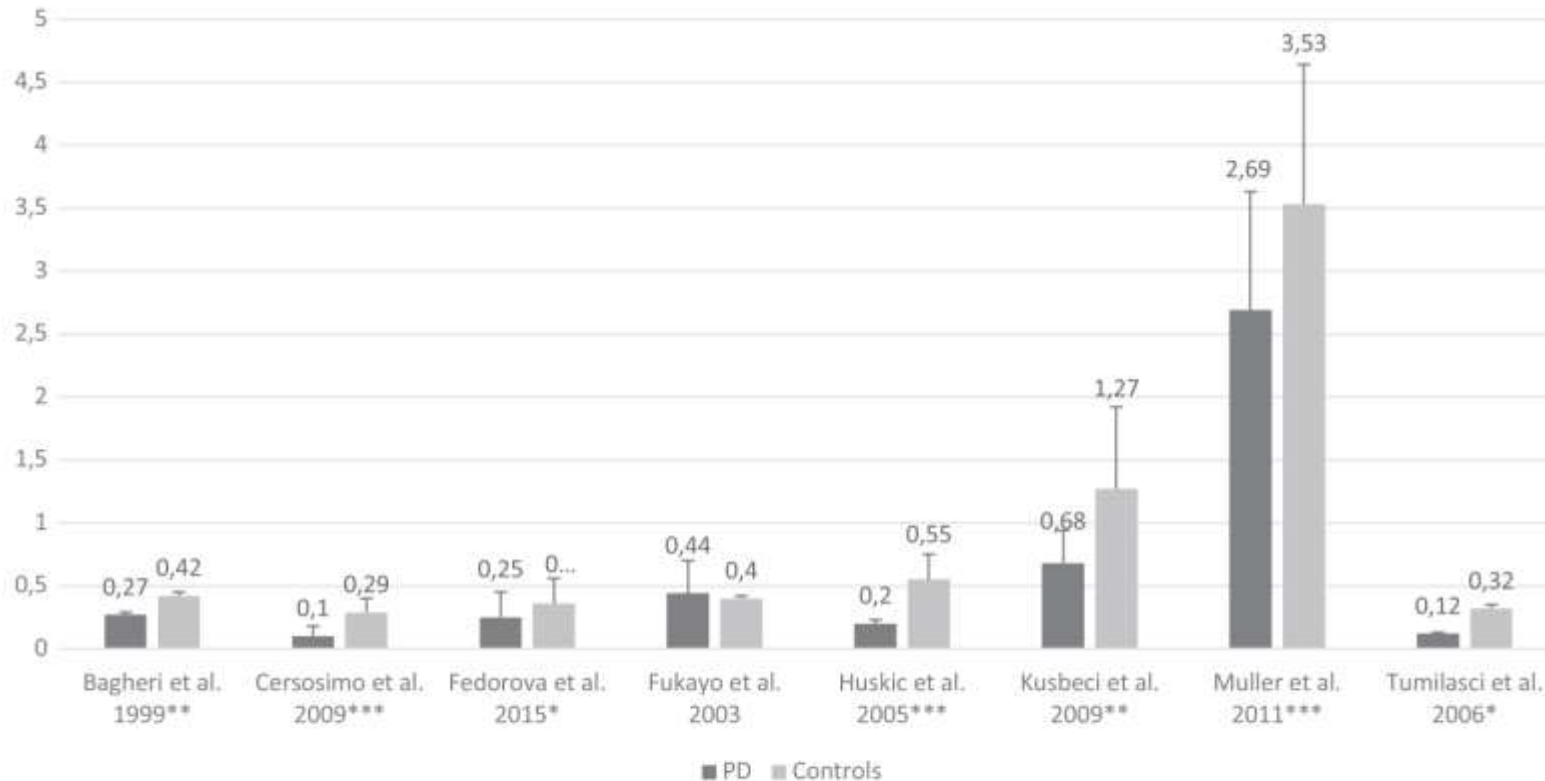


FIGURE 1 Unstimulated salivary flow rate (ml/min) in patients with Parkinson's disease (dark grey) vs. controls (light grey), with the corresponding standard deviations

Xérostomie du SA et Parkinson

Received: 9 July 2021 | Revised: 18 February 2022 | Accepted: 21 February 2022

DOI: 10.1111/gm.12628

REVIEW

WILEY

Salivation in Parkinson's disease: A scoping review

Merel C. Verhoeff¹ | Michail Koutris¹ | Ralph de Vries² | Henk W. Berendse³ | Karin D. van Dijk^{3,4} | Frank Lobbezoo¹

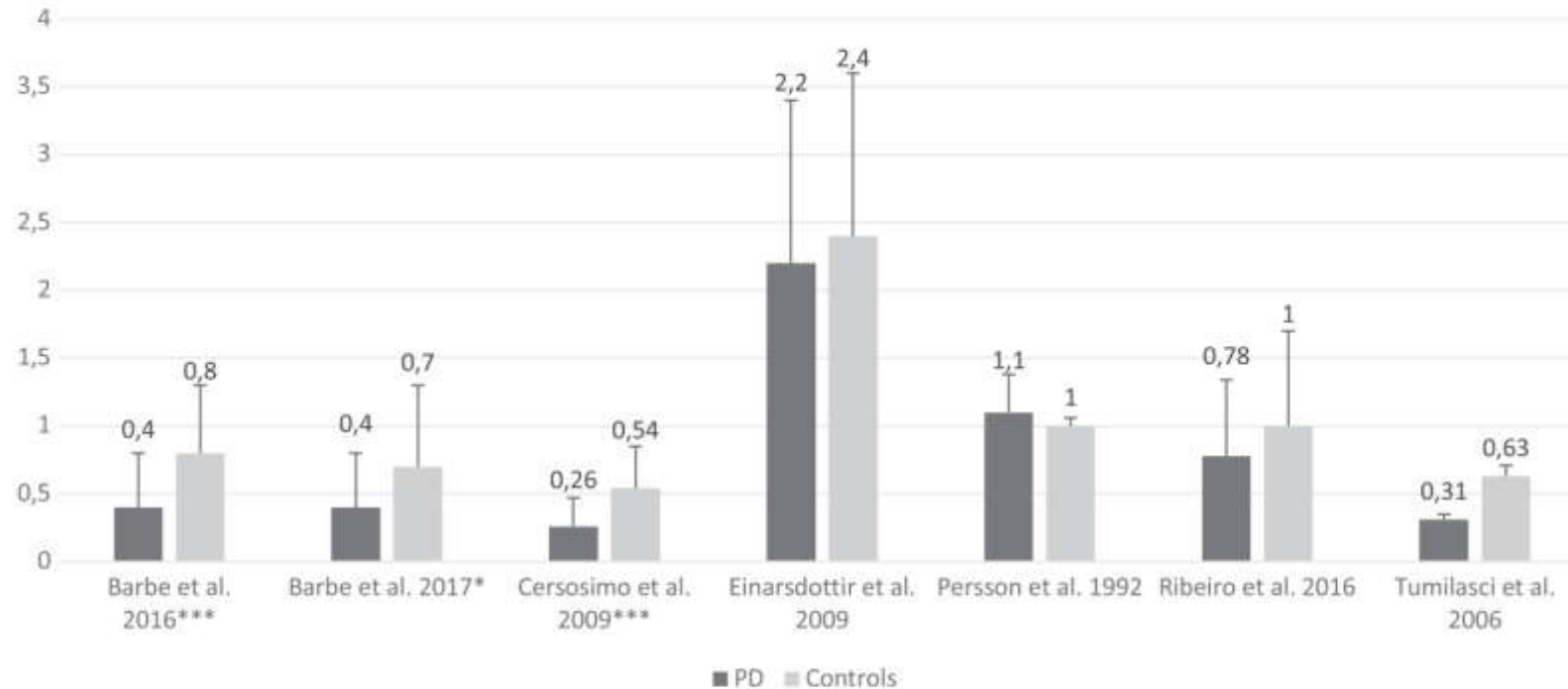


FIGURE 2 Stimulated salivary flow rate (ml/min) in patients with Parkinson's disease (dark grey) vs. controls (light grey), with the corresponding standard deviations

Traitements

- Topiques oraux:
 - Les substituts salivaires
 - Lubrifiants
- Traitements systémiques:
 - Les agonistes muscariniques(parasympathomim.) : pilocarpine
 - corticothérapie, immunosuppresseurs, biothérapies(Sjögren)
- Traitements non médicamenteux:
 - Acupuncture
 - Electrostimulation
 - Hygiène bucco-dentaire
 - Hydratation buccale/ chewing-gums

Critères de choix:

Reste-t-il du tissu sécrétoire fonctionnel?

- **Oui:** trt pathologie causale, sialologues, stimulation (chewing-gums), trt non médicamenteux
- **Non:** trt symptomatique: liquides, substituts salivaires, lubrifiants

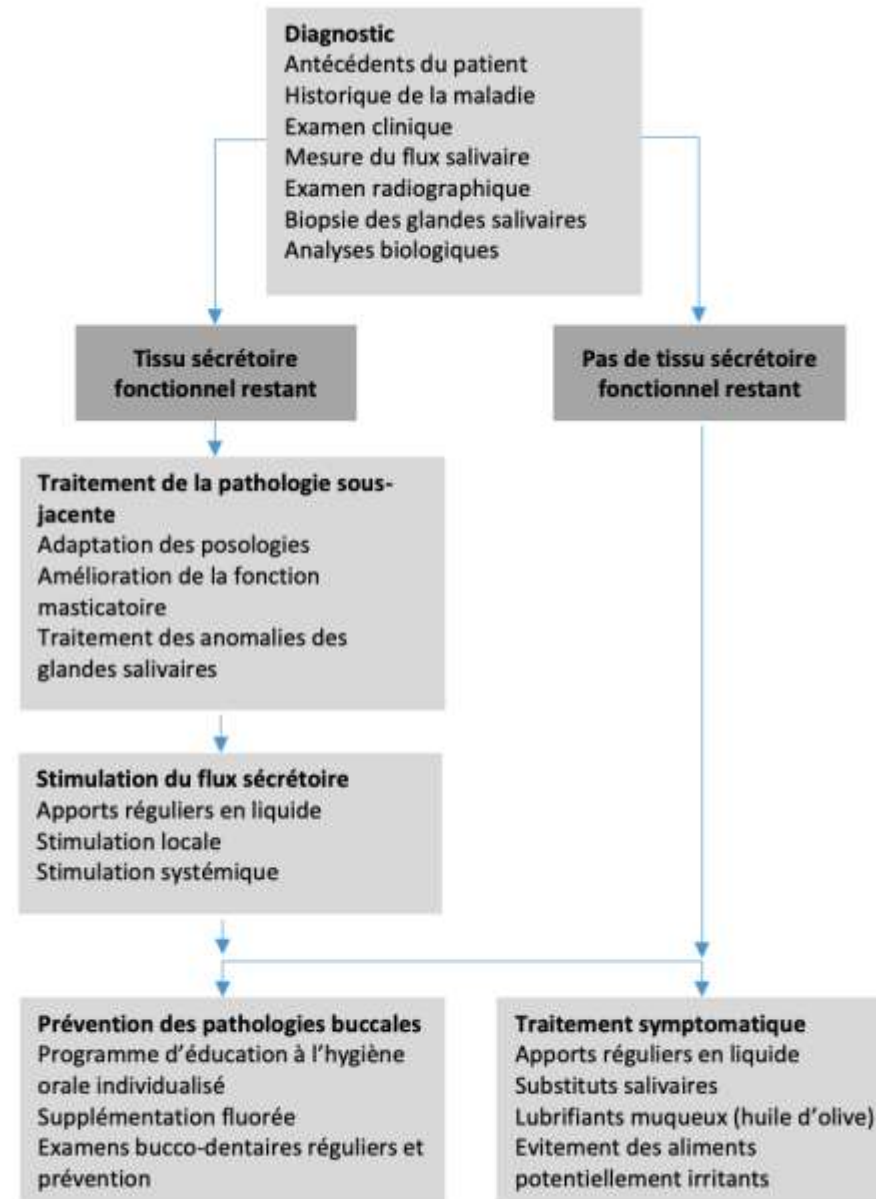
Toujours:

Hygiène bucco dentaire

Hydratation

Consultations dentiste

Traitements



Source : Närhi, « Xerostomia and hyposalivation: causes, consequences and treatment in the elderly », 1999.

Traitements non médicamenteux vs placebo

- Acupuncture : résultats semblent + post RT

Outcomes	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
Mouth dryness Different scales (at the end of treatment 4-6 weeks)	SMD -0.34 (-0.81 to 0.14)	70 (2 RCTs*)	⊕⊕⊕⊕ low ¹	*Participants had dry mouth following radiotherapy treatment for head and neck cancers
Unstimulated whole saliva millilitres/minute (end of treatment)	MD 0.02 (0 to 0.04)	71 (3 RCTs**)	⊕⊕⊕⊕ low ²	**Most of the participants in these trials had dry mouth following radiotherapy treatment
Stimulated whole saliva (end of treatment) millilitres/minute (end of treatment)	MD 0.19 (0.07 to 0.31)	71 (3 RCTs**)	⊕⊕⊕⊕ low ²	**Most of the participants in these trials had dry mouth following radiotherapy treatment
Unstimulated whole saliva (12 months) millilitres/minute (1 year follow-up)	MD 0.06 (0.01 to 0.11)	54 (2 RCTs**)	⊕⊕⊕⊕ low ³	**Most of the participants in these trials had dry mouth following radiotherapy treatment
Stimulated whole saliva (12 months) millilitres/minute (1 year follow-up)	MD 0.28 (0.09 to 0.47)	54 (2 RCTs**)	⊕⊕⊕⊕ low ³	**Most of the participants in these trials had dry mouth following radiotherapy treatment



Cochrane Database of Systematic Reviews

Interventions for the management of dry mouth: non-pharmacological interventions (Review)

Furness S, Bryan G, McMillan R, Birchenough S, Worthington HV

Augmentation de l'activité du parasympathique (1)

1- Bollecker A. la sécheresse buccale chez la personne âgée: causes, conséquences, solutions.
Sciences du Vivant (q-bio).2021.dumas-03836564

Traitements non médicamenteux vs placebo

- Electrostimulation Sjögren

Outcomes	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
Unstimulated whole saliva millilitres/minute (end of treatment)	MD 0.02 grams/2 minutes (95% CI -0.12 to 0.16)	24 (1 RCT*)	⊕⊕⊕⊕ very low 1	*Participants had Sjögren's Syndrome
Stimulated whole saliva millilitres/minute (end of treatment)	MD 0.16 grams/2 minutes (95% CI -0.05 to 0.37)	24 (1 RCT*)	⊕⊕⊕ very low 1	*Participants had Sjögren's Syndrome

CI: confidence interval; MD: mean difference; RCT: randomised controlled trial

Steller et al, J Dent Res 1988

Hargitai et al, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005

- Electrostimulation dans la xérostomie du diabétique : étude vs placebo sur 40 patients



Cochrane Database of Systematic Reviews

Interventions for the management of dry mouth: non-pharmacological interventions (Review)

Furness S, Bryan G, McMillan R, Birchenough S, Worthington HV

ORIGINAL RESEARCH & CONTRIBUTIONS

Effectiveness of Electrostimulation on Whole Salivary Flow Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Sujatha Dyanoor, MDS; Shwetha Kamath, MDS; Nishat Fatima Abdul Khader, MDS

Perm J 2017;21:15-164

E-pub: 04/21/2017

<https://doi.org/10.7812/TPP/15-164>

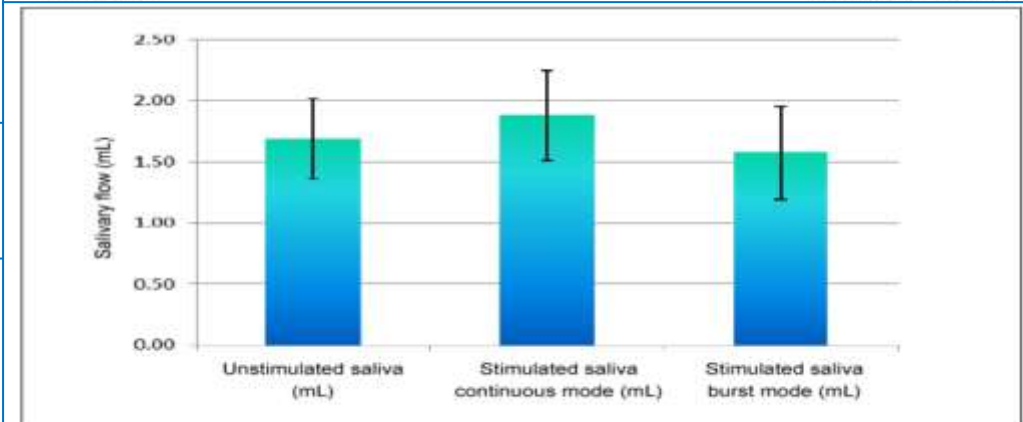


Figure 1. Comparison of whole salivary flow (mL/10 min) among all patients with diabetes mellitus before and after application of transcutaneous electric nerve stimulation in continuous and burst modes.

Traitements non médicamenteux

- Hygiène buccale: gels de fluor, détartrages, consultations tous les 4 mois ⁽¹⁾
- Hygiène alimentaire: boire, éviter les aliments acides et sucrés , le café, l'alcool
- Humidificateurs dans les pièces
- Caisson hyperbare: par augmentation des fibroblastes, de collagène et de capillaires ⁽²⁾

1- Narhi et al, Drugs Aging 1999

2- Teguh et al, Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009

Traitements médicamenteux

- Sialologues parasymphomimétiques: pilocarpine(SALAGEN)
 - Augmentation de la production salivaire totale ⁽¹⁾
 - efficacité post RT ⁽²⁾
- Anétholtrithione (SULFARLEM): stimulant des sécrétions salivaires et biliaires

1- Taweechaisupapong et al, Aust Dent 2006

2-LeVeque FG,. J Clin Oncol 1993

Traitements médicamenteux

Table 1. Pharmacological systemic preparations used in the relief of xerostomia.

Reference	Experimental Preparation	Vector	Sample Characteristics	Time Treatment	Sialometry	Assessment	Time Points Assessment	Results
[19]	Pilocarpine vs. bromhexine	Tablets	25 HNC patients with radiotherapy-induced xerostomia	2 weeks	UWS	Xerostomia inventory questionnaire	Baseline vs. 2 weeks	Pilocarpine significantly improved saliva vs. bromhexine.
[20]	Pilocarpine vs. placebo	Bottled solution	11 HNC patients undergoing radiotherapy	5 weeks	UWS, WSS	WHO criteria	Baseline vs. 1, 2, 3, 4, 5-week controls	Pilocarpine increased saliva. Xerostomia and complication lowered.
[21]	Cevimeline vs. placebo	Capsules	54 HNC patients after radiotherapy	6 weeks	Not assessed	OHIP-49, QoL	Baseline vs. 6-week controls	No difference reported.
[22]	Bethanechol vs. placebo	Tablets	97 HNC patients with radiotherapy-induced xerostomia	From the beginning to 1 month after radiotherapy completion	UWS, WSS	Observer-based grade and scores according to subjective measures	Baseline vs. 3 months after the treatment	Bethanechol significantly improved salivary parameters.
[23]	Ubiquinol, Ubiquinone vs. placebo	Capsules	20 Sjogren vs. 22 healthy patients	4 weeks	WSS	Mental, physical, and oral conditions questionnaire	Baseline vs. 4-week control	Ubiquinone and ubiquinol increased significantly saliva. Questioner parameters significantly improved vs. control.
[24]	Ubiquinol vs. placebo	Gummy Candy	40 healthy patients suffering from xerostomia	8 weeks	WSS	Mental, physical, and oral conditions questionnaire	Baseline vs. 8-week control	WSS significantly improved vs. control.
[25]	Vitamin E + Vitamin C vs. placebo	Pills	23 HNC patients undergoing radio therapy	12 weeks	Not assessed	VAS scale	Baseline vs. 1- and 6-months after radiotherapy	Vit E + C lowered xerostomia

Acronyms: VAS = Visual Analogue Scale for xerostomia; HNC = Head and Neck Cancer; OHIP-14 = 14 Items Oral Health Impact Profile; QoL = Quality of Life; WSS = Whole Stimulate Saliva; UWS = Unstimulated Whole Saliva.

Traitements à venir ?

- Thérapie génique: transfert du gène de l'aquaporine ⁽¹⁾
- Thérapie par cellules souches ^(2 et 3)
- Transplantation de glandes salivaires si RT
- Glande salivaire artificielle ⁽⁴⁾

1- Baum et al, Biochim Biophys Acta 2006

2- Lombaert et al, PloS One 2008

3- Kojima et al, Laryngoscope 2011

4- Joraku et al, Laryngoscope 2005

Synthèse de la PEC

- traitement de toute affection sous-jacente
- suppression ou le remplacement d'un médicament sialoprive, si possible
- maintien de l'humidité de la bouche : eau en boisson, eau brumisée, eau en glaçons, eau gélifiée, mastication de gomme à mâcher, compresses humides sur les lèvres...
- règles hygiéno-diététiques : hygiène dentaire +++: pâtes dentifrices fluorées, bains de bouche bicarbonatés...
- soulagement symptomatique :
 - sialagogues si activité résiduelle des glandes salivaires : pilocarpine (SALAGEN), anétholtrithione (SULFARLEM)
 - topiques symptomatiques si absence totale d'activité des glandes salivaires:
 - substituts salivaires : solutions électrolytiques(ARTISIAL)
 - lubrifiants/ protecteurs buccaux : dispositifs médicaux (AEQUASYAL)

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION
DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

AVIS DE LA CNEDIMTS

05 janvier 2021

Merci de votre attention



19-21
MAI 2026

CORUM DE
MONTPELLIER



INSCRIPTION EN LIGNE

24^e édition du CIPEG

Congrès Interdisciplinaire des **Professionnels en Gériatrie**

11^e édition du CNMC d'Ehpad


Congrès National des **Médecins Coordonnateurs d'Ehpad**

4^e édition du CNIDEC

Congrès National des **IDEC et Cadres de Soins des Ehpad**

EN PRÉSENTIEL & DIGITAL

WWW.CIPEG.FR

 **BX EVENT**



ODONTOLOGIE
Santé
Université Paris Cité



Hôpital
Sainte-Périne
AP-HP

Xérostomie et santé bucco-dentaire chez le patient âgé

Françoise TILOTTA

MCU-PH

Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Cité
Unité de Médecine Bucco-dentaire, Hôpital Sainte Périne

francoise.tilotta@u-paris.fr

Xérostomie : sensation subjective très désagréable de sécheresse buccale

- Diminution du débit
- Modification de la composition salivaire

Hyposialie : évaluation objective d'une diminution du flux salivaire

Touche 30% des +65 ans : considéré comme banal...



RÔLES DE LA SALIVE

Élocution

Gustation

Action mécanique

Lubrification et nettoyage mécanique associé à l'activité musculaire (joues, lèvres, langue)

Pouvoir tampon

CO_3^- , PO_4^{2-} , urée, débit salivaire, viscosité



Bol alimentaire

Digestion

Action antibactérienne

Lysozyme, lactoferrine, Mucines, IgA sécrétoires,...

Reminéralisation

Ions reminéralisateurs : Ca^{2+} , PO_4^{2-} , F

Salive = Un des principaux facteurs d'équilibre de la cavité orale

FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DE LA BOUCHE SÈCHE

Déficit en eau et/ou métabolites

Déshydratation :

- apports diminués d'eau
- pertes d'eau par la peau (hyperthermie, brûlures, sudation excessive)
- respirateur buccal
- pertes sanguines
- vomissements et/ou diarrhées
- pertes rénales d'eau (polyurie liée à un diabète insipide, diurèse osmotique)

Malnutrition protéidique
Avitaminoses (A, B₁, PP, E)

Atteinte des glandes salivaires

Âge

Radiothérapie tête et cou

Maladies auto-immunes :

- syndrome de Gougerot-Sjögren
- cirrhose biliaire primitive
- polyarthrite rhumatoïde
- lupus érythémateux disséminé

Sarcoïdose
Amylose systémique
Hémochromatose
Infection par VIH-1 (Sida), hépatite C
Aplasie ou agénésie des glandes salivaires
Lymphome
Maladie du greffon contre l'hôte
Diabète

Interférences avec la neurotransmission

Médicaments :

- psychotropes
- psycholeptiques
- thymoanaleptiques
- anxiolytiques
- antihypertenseurs, anti-arythmiques
- anticholinergiques, atropiniques
- sympathomimétiques, myorelaxants
- antihistaminiques, opiacés

Atteinte du système nerveux central :

- maladie d'Alzheimer
- maladie de Parkinson

Désordres psychiatriques :

- dépression, anxiété

Diminution mastication



Boisramé S, Remaud M,
Pers O, 2016

État bucco-dentaire de la personne âgée déjà impacté par :

- Vieillesse physiologique : tissus dentaires, tissus de soutien de la dent, glandes salivaires,...
- Perte de dextérité
- Perte d'autonomie et accès aux soins bucco-dentaires
- Cas particulier des personnes âgées institutionnalisées

CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES

Conséquences sur les tissus dentaires :

- Augmentation du risque carieux : caries cervicales, dites « du collet »
- Lésions d'usure
- Augmentation de la plaque dentaire



CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES

Conséquences sur les muqueuses :

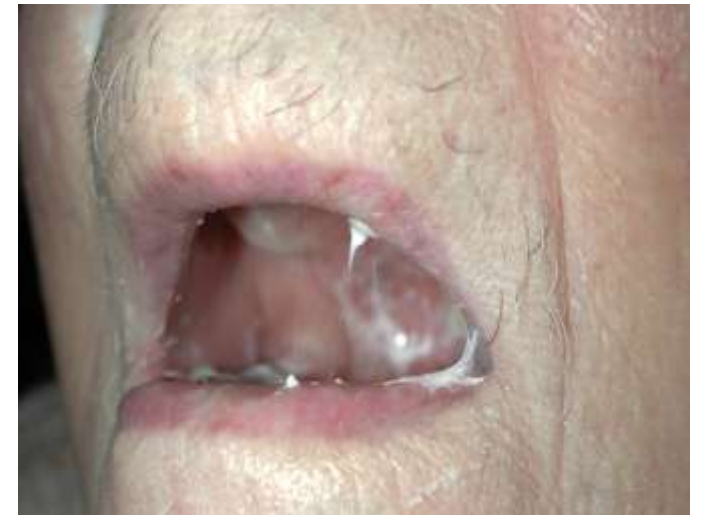
- Déséquilibre du microbiote oral : candidoses, infections bactériennes
- Commissures et langue « fissurées », disparition des papilles
- Sensation de brûlure



CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES

Conséquences sur la déglutition :

- Muqueuses buccales et linguale collantes, inflammatoires, sèches
- Présence de débris alimentaires



CONSÉQUENCES BUCCO-DENTAIRES

Mauvaise tolérance des prothèses :

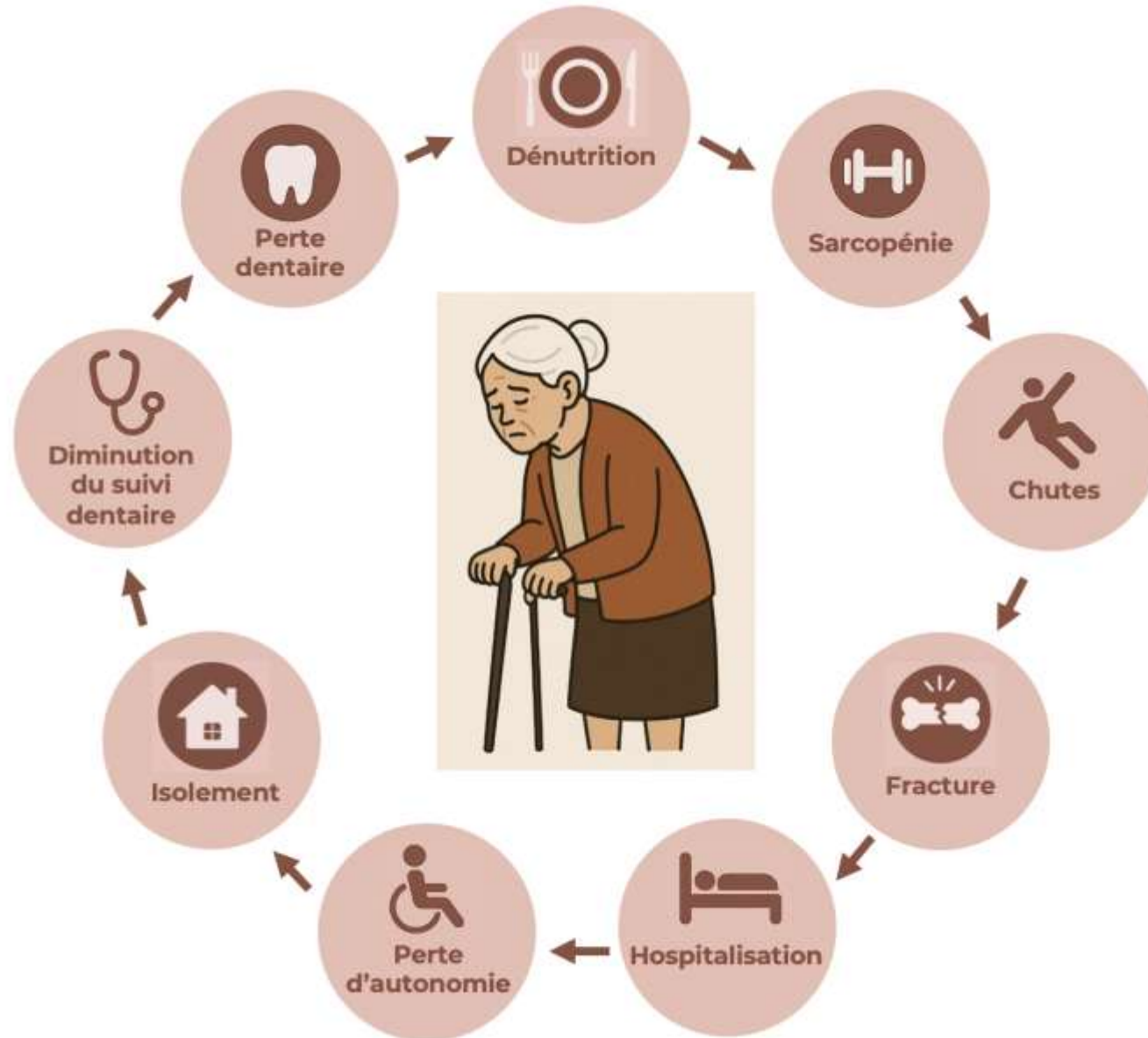
- Port des prothèses inconfortable, blessures de contact, défaut de rétention



Risque de dénutrition +++

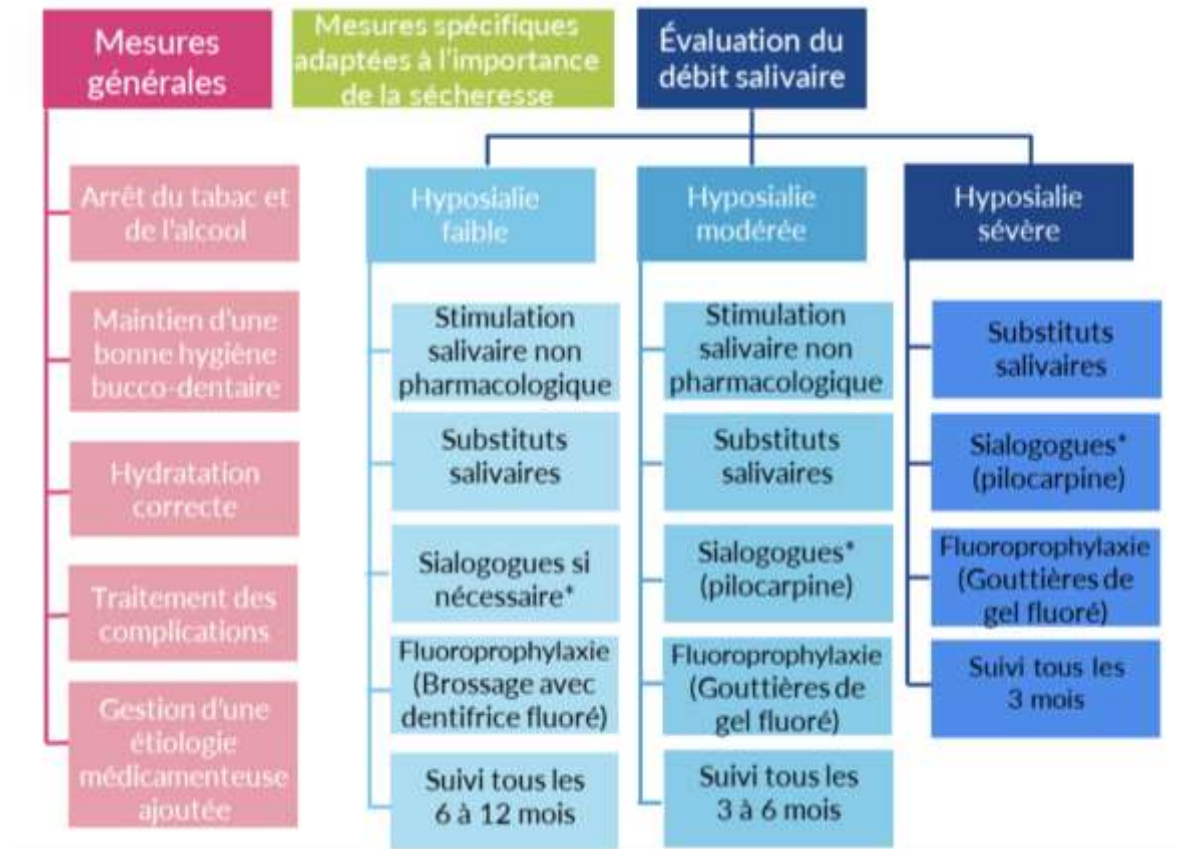
RISQUE DE DENUTRITION

35% en institution
15% à domicile



PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE

- **Traitements non pharmacologiques :**
 - **Hydratation**
 - **Stimulants gustatifs :** bonbons acides sans sucre, pastilles de xylitol, chewing-gums sans sucre. Éviter jus de citron et autres agrumes...
 - **Massage des glandes salivaires** pour stimuler la salivation et drainer la salive résiduelle
- **Traitements pharmacologiques :**
 - **Stimulants salivaires** (si flux salivaire persistant) : chlorhydrate de pilocarpine (SALAGEN)
Dose croissante à partir de 2mg 2 fois/jour jusqu'à la dose cible (15-20mg 3-4 fois/jour max)
Effets secondaires : hypersudation, tachycardie, dysurie
 - **Autres molécules :** anétholtrithione (SULFARLEM), bromhénine (BISOLVON), acétylcystéine (EXOMUC, FLUIMUCIL)
- **Substituts salivaires :** gels, sprays, bains de bouche



PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE

- Consultation bucco-dentaire tous les 6 mois
- Fluoroprophytaxie
 - Brossage biquotidien avec un dentifrice à forte teneur en fluor
 - Gouttières avec gel fluoré ou application de vernis fluoré au fauteuil
- Hygiène bucco-dentaire à adapter aux capacités du patient





Messages

Informations

Bienvenue sur le site de l'Agence régionale de santé Île-de-France consacré à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées.

Cet espace met à disposition des outils pour maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées (en EHPAD, en service hospitalier de gériatrie ou USLD, au domicile...), afin de prévenir les infections bucco-dentaires et certaines infections à distance, de lutter contre le risque de dénutrition, d'améliorer le confort mastigatoire et le bien-être quotidien des personnes concernées.

Les personnes utilisant ces outils sont encouragées à se former et s'informer sur l'hygiène bucco-dentaire afin d'être à l'aise avec la mise en œuvre de ces protocoles et afin de répondre aux questions liées aux situations particulières.

Ressources

- Créer un protocole individualisé de toilette buccale [Cliquer](#)
- Fiches pédagogiques [Cliquer](#)
- Grilles d'évaluation de l'état bucco-dentaire et prothétique [Cliquer](#)
- Vidéos pédagogiques [Cliquer](#)



<https://75.ars-iledefrance.fr/faptb/accueil>

FICHE PÉDAGOGIQUE 3B

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE ET PROTHÉTIQUE

IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Service / Chambre : _____

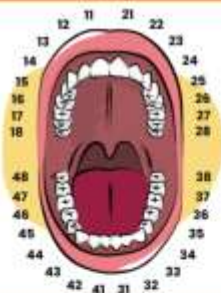
Date de l'évaluation

Noms, prénoms, qualités des évaluateurs

Type d'évaluation : initiale De suivi (au minimum tous les 6 mois)

DENTS PRÉSENTES

Barrer les dents absentes / entourer les dents abîmées (cariées, cassées, à l'état de racine...)



PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES

Prothèse amovible du HAUT :

NON
 OUI → Partielle Complète
 → Nombre de dents sur l'appareil : _____
 → Cassée ? : OUI NON
 La prothèse est-elle portée ? OUI NON

Prothèse amovible du BAS :

NON
 OUI → Partielle Complète
 → Nombre de dents sur l'appareil : _____
 → Cassée ? : OUI NON
 La prothèse est-elle portée ? OUI NON

Il est recommandé de faire des photos des appareils et de les mettre dans le dossier de la personne

Niveau d'autonomie de la personne dans la réalisation de la toilette buccale ?	Autonome <input type="checkbox"/>	Partiellement autonome <input type="checkbox"/>	Non autonome <input type="checkbox"/>
Risque de fausse route ? (Avis médecin)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Risque d'opposition à la toilette buccale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Matériel de la personne	Brosse à dents : <input type="checkbox"/>	Dentifrice : <input type="checkbox"/>	
	Type : _____	Type : _____	
Fréquence de toilette buccale par jour	Brosse à prothèse : <input type="checkbox"/>	Baie à prothèse : <input type="checkbox"/>	
	Autre : _____		
Moments identifiés pour la toilette buccale			
Porte la/ses prothèses dentaires amovibles la nuit :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

OHAT (ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL)

FICHE 3B

EXAMEN	Sain = 0	Modification =1	Non sain =2	Score	Actions spécifiques
LÈVRES	Usées, roses et humides	<input type="checkbox"/> Sèches ou Gercées <input type="checkbox"/> Rougeur au coin des lèvres	<input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Gonflée <input type="checkbox"/> Ulcération <input type="checkbox"/> Saignement au coin des lèvres		Si 1 ou 2 Prendre l'avis du médecin
LANGUE	Normale, humide, rugueuse, rose	<input type="checkbox"/> Irrégulière, fissurée <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Dépôts	<input type="checkbox"/> Croûtes <input type="checkbox"/> Ulcération <input type="checkbox"/> Gonflée		Si 1 ou 2 Prendre l'avis du médecin
GENCIVES, PALAIS, MUQUEUSES	Usée, rose Humide Sans saignement	<input type="checkbox"/> Sèche, brillante <input type="checkbox"/> Rugueuse <input type="checkbox"/> Gonflée <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Ulcération sous la prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Gonflée <input type="checkbox"/> Saignement <input type="checkbox"/> Ulcération <input type="checkbox"/> Zones rouges ou blanches <input type="checkbox"/> Rougeur sous la prothèse dentaire		Si 1 ou 2 Prendre l'avis du médecin et réévaluer le protocole de toilette buccale Si 2 Prendre en complément l'avis du chirurgien-dentiste
SALIVE	Tissus humides Salive abondante	<input type="checkbox"/> Peu de salive <input type="checkbox"/> Sensation de bouche sèche exprimée par la personne	Sensation de bouche sèche exprimée par le patient associé à : <input type="checkbox"/> Muqueuses sèches et rouges <input type="checkbox"/> Salive rare et épaisse ou pas de salive		Si 1 ou 2 Prendre l'avis du médecin
DENTS NATURELLES	Aucune dents abîmées (cariées, cassées, à l'état de racine...)	<input type="checkbox"/> - de 3 dents abîmées (cariées, cassées, à l'état de racine...)	<input type="checkbox"/> + de 4 dents abîmées (cariées, cassées, à l'état de racine...) <input type="checkbox"/> + de 4 dents saines présentes		Si 1 ou 2 Prendre l'avis du chirurgien-dentiste
PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES	<input type="checkbox"/> Prothèse non nécessaire <input type="checkbox"/> Prothèse adaptée et portée	<input type="checkbox"/> Prothèse partiellement inadaptée <input type="checkbox"/> Portée seulement 1 à 2 heures par jour <input type="checkbox"/> Prothèses perdues	<input type="checkbox"/> Prothèse inadaptée <input type="checkbox"/> Prothèse non portée <input type="checkbox"/> Utilisation de colle nécessaire pour faire tenir la prothèse		Si 1 ou 2 Prendre l'avis du chirurgien-dentiste
HYGIÈNE BUCCALE	Bouche propre, pas de débris d'aliments, de plaque ou de tartre sur les dents ou les prothèses	<input type="checkbox"/> Présence partielle (dents ou prothèse) de plaque, dépôt alimentaires, ou tartre <input type="checkbox"/> Mauvais haleine	<input type="checkbox"/> Présence généralisée (dents ou prothèse) de plaque, dépôt alimentaires ou tartre <input type="checkbox"/> Très mauvaise haleine		Si 1 ou 2 Réévaluer le protocole de toilette buccale Et prendre l'avis du chirurgien-dentiste
DOULEUR	Aucun signe de douleur	<input type="checkbox"/> Signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimiques, agressivité, mâchonnement, refus de manger)	<input type="checkbox"/> Signes douloureux objectifs (morsure, gonflement, abcès, dents cassées...) associés à des signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimiques, agressivité, mâchonnement, refus de manger)		Si 1 ou 2 Prendre l'avis du médecin et du chirurgien-dentiste
TOTAL OHAT					

Si 0 + OHAT < 4, la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels.
Si 4 + OHAT < 8, la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire, il existe des points de fragilité.
Si 8 + OHAT < 12, la bouche est dans un état préoccupant, des soins doivent être envisagés l'avis spécialisé du chirurgien-dentiste doit être proposé.
Si OHAT > 12, la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien-dentiste est nécessaire.

Remarques / compléments

FICHE PÉDAGOGIQUE 9

HYGIÈNE DES MUQUEUSES

Quand ?

L'hygiène des muqueuses est indiquée lorsque le patient est **édenté total** ou quand **beaucoup de dents** sont manquantes

Réalisée 2 fois par jour idéalement après les repas

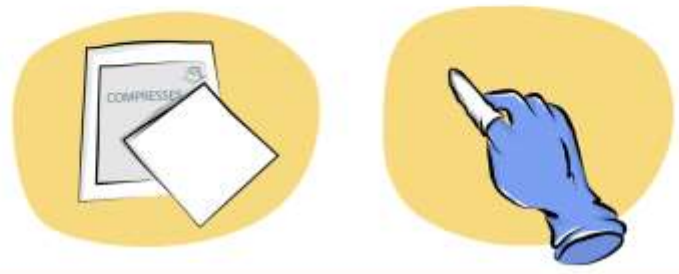
En cas de traitement médicamenteux buccal, l'hygiène des muqueuses est réalisée avant le traitement

LA FRÉQUENCE DES SOINS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SAHEDI	DIMANCHE
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Avec quoi ?

3 TYPES DE MATÉRIELS PEUVENT ÊTRE UTILISÉS :

- 1 Une compresse humide enroulée autour du doigt



Avec quoi ? - suite

- 1 Un bâtonnet à usage unique, non imprégné humecté (sauf préférence du patient, de forme conique ou étalé)
- 1 Une brosse à dents extra souple (avec ou sans dentifrice)

Par qui ?

- 1 Nettoyage réalisé par la personne autonome
- 2 Aide du professionnel pour compléter le nettoyage pour la personne partiellement autonome
- 3 Nettoyage réalisé par le professionnel chez la personne non autonome

Comment ?

TOUJOURS

- Expliquer la procédure à la personne avant de la réaliser
- Montrer le matériel qui sera utilisé
- Utiliser une communication positive (cf. Fiche 8)

- 1 Proposer à la personne l'un des matériels disponibles
- 2 Retirer les prothèses amovibles
- 3 Tremper le matériel choisi dans de l'eau pour l'humidifier

Comment ? - suite

- 1 Nettoyer les muqueuses buccales (intérieur des lèvres et des joues, trègles identiques, palais) De l'avant de la bouche vers l'arrière
- 2 Après le nettoyage des muqueuses
- 3 Remettre les prothèses amovibles après les avoir nettoyées (cf. fiche 10 « hygiène des prothèses ») et avoir brossé les dents restantes (cf. fiche 8 « hygiène des dents »)

Point d'attention

Il n'est pas recommandé de nettoyer la langue systématiquement (uniquement lorsqu'il y a des symptômes alimentaires).

En faisant attention aux zones susceptibles de déclencher un réflexe nauséeux (arrière de la langue, fond du palais...)

En cas d'anomalie d'insertion ou de plaie de la muqueuse buccale ou de la langue, il faut en informer l'équipe médicale et le soigner par écrit.

Accédez aux protocoles personnalisés & fiches pédagogiques ici

protocoles fiches

Quand ?

Brossage des dents tous les jours, idéalement 2 fois par jour (au minimum 1 fois), après les repas.

Adapter l'heure en fonction des possibilités de la personne et de l'organisation des équipes.

Le brossage des dents est à faire même en cas de traitement médicamenteux buccal.

LA FRÉQUENCE DES SOINS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JÉUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Avec quoi ?

1 Brosse à dents



a. Brosse Manuelle (petite tête à poils souples) + Manchon si nécessaire

b. Brosse Électrique (petite tête à poils souples)

c. Brosse Trifaces

Avec quoi ? - suite

a. Dentifrice fluide (maximum 450 ppm de fluor)



b. Brossette interdentaire (en complément)



Par qui ?

1 Brossage réalisé par la personne autonome



2 Supervision et aide du professionnel pour compléter le brossage pour la personne partiellement autonome



3 Brossage réalisé par le professionnel chez la personne non autonome



Comment ? - suite

a. Technique avec une brosse à dents manuelle

Mouvement rotatif ou technique du rouleau en brossant les dents et les gencives.



b. Technique avec une brosse à dents électrique

Allumer la brosse électrique
Déplacer la tête de brosse à dents en appuyant doucement sur toutes les faces de toutes les dents et en déplaçant également sur la gencive



c. Technique avec une brosse à dents trifaces

Les dents d'un même secteur sont brossées en un seul geste avec un mouvement de va et vient (technique préférentiellement utilisée chez les personnes âgées)



Comment ? - suite

a. Technique avec une brosette interdentaire

En complément du brossage des dents (ne remplace pas la brosse à dents)
Passer la brosette dans les espaces entre les dents (mouvement de va et vient)
La taille de la brosette doit être adaptée à l'espace interdentaire (doit passer sans forcer)



b. Après le brossage des dents et, si indiqué, le nettoyage des muqueuses

Rincer la bouche à l'eau bouillie (0 ne peut être si la personne a des espaces de bruits morts)



Il s'agit des aliments collants dans la bouche - passage d'un aliment humide ou d'une compresse humide humide autour de l'index sur les dents et à l'intérieur des joues



c. Essuyer les lèvres en fin de toilette

d. Nettoyer le matériel (Brosse à dents et brosette interdentaire)



e. Remettre les prothèses amovibles après les avoir nettoyées (cf. fiche 10 + hygiène des prothèses)

Point d'attention

En cas de dents sensibles ou fracturées, ou de séquençage des gencives, il faut en informer l'équipe soignante et le tenir par écrit.

Comment ?

TOUJOURS

- Expliquer la procédure à la personne avant de la réaliser
- Montrer le matériel qui sera utilisé
- Utiliser une communication positive (cf. fiche 6)



1 Nettoyer les prothèses amovibles avant le brossage des dents (penser au nettoyage des muqueuses et des prothèses amovibles)



2 Déposer l'équivalent d'un petit pois de dentifrice fluide sur la tête de brosse à dents sèche



3 Technique de brossage

a. Dents

Brosser les dents du haut et les dents du bas séparément

Brosser toutes les faces de toutes les dents (faces du dessus, inférieures et externes)



Accédez aux protocoles personnalisés & fiches pédagogiques ici



protocoles



fiches

Q1 Quel est le niveau d'autonomie de la personne dans la réalisation de la toilette buccale ?

- Autonome
- Partiellement autonome
- Non-autonome

Q2 La personne présente-t-elle un risque de fausse route ?

- Oui
- Non

Q3 La personne a-t-elle des dents ?

- Oui
- Non

Q4 La personne a-t-elle une ou plusieurs prothèses dentaires amovibles ?

- Oui
- Non

Q5 La personne présente-t-elle un risque d'opposition à la toilette buccale ?

- Oui
- Non

[Voir le protocole](#)
[Voir la fiche particularités en cas de risque de fausse route](#)
[Voir la fiche particularités en cas de risque d'opposition](#)

Accédez aux protocoles personnalisés & fiches pédagogiques ici



protocoles



fiches

TAKE HOME MESSAGES

Risque carieux +++
Risque de dénutrition +++

- Consultation bucco-dentaire tous les 6 mois
- Hygiène bucco-dentaire à adapter
- Traitement symptomatique de l'hyposialie
- Eviter le port nocturne des prothèses amovibles



Je vous remercie de votre attention