

Aspects physiologiques du vieillissement dentaire et les soins bucco dentaires spécifiques à la personnes âgée.

Table des matières

1	Introduction.....	3
2	Généralités.....	3
2.1	Définitions.....	3
2.1.1	Gériatrie.....	3
2.1.2	Gérontologie.....	3
2.1.3	Grand âge	3
2.1.4	Odontologie gériatrique	3
2.1.5	Vieillessement	3
2.1.6	Personne âgée	3
2.1.7	Personne très âgée	3
2.2	Classification	4
3	Aspects physiologiques du vieillissement.....	4
3.1	Mécanismes responsables du vieillissement	4
3.2	Types du vieillissement	4
3.3	Effets du vieillissement sur l'organisme	4
3.3.1	Au niveau cellulaire (changements structuraux)	4
3.3.2	Au niveau de l'organisme (changements fonctionnels).....	5
3.4	Incidences du vieillissement au niveau bucco-dentaire.....	5
3.4.1	Sur les tissus de l'odonte	5
3.4.2	Sur les tissus du parodonte.....	5
3.4.3	Sur la muqueuse buccale.....	5
3.4.4	Sur la musculature	6
3.4.5	Sur l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).....	6
3.4.6	Sur les glandes salivaires	6
3.4.7	Sur le tissu osseux.....	6
3.4.8	Sur les fonctions orofaciales	6
4	Maladies systémiques et médicaments ayant une importance globale pour les soins dentaires	7
5	Maladies bucco-dentaires courantes chez les personnes âgées.....	7
5.1	Les lésions d'usure	7
5.2	Les lésions carieuses : cervicales et radicaires	7
5.2.1	Prévalence	7
5.2.2	Aspects cliniques et microbiologiques	7
5.2.3	Localisation des caries radicaires.....	7

5.2.4	Facteurs de risque chez les personnes âgées	7
5.3	Les pulpopathies	7
5.4	Les parodontites apicales	8
5.5	Les fêlures - fractures – luxations.....	8
5.5.1	Modifications étiopathogéniques.....	8
5.5.2	Modifications cliniques.....	8
5.6	Les récessions gingivales et perte d'attache	8
6	Soins bucco dentaires spécifiques à la personne âgée	8
6.1	Faisabilité des thérapeutiques conservatrices et restauratrices en gériatric	8
6.1.1	Thérapeutiques conservatrices	8
6.1.2	Thérapeutiques restauratrices.....	9
6.2	Thérapeutiques en odontologie gériatrique	9
6.2.1	Approche psychologique : Relation patient âgé/praticien.....	9
6.2.2	Examen clinique et complémentaire des patients âgés	10
6.2.3	Les thérapeutiques	10
6.2.4	Cas particulier des soins à domicile ou en institution << la valisette Transcar >>	13
7	Besoin d'une formation continue en odontologie gériatrique	13
8	Conclusion	13

1 Introduction

Vieillesse de la population impose une PEC dentaire spécifique, car les modifications biologiques, maladies chroniques et handicaps compliquent les soins ; il faut donc adapter la stratégie thérapeutique à chaque patient âgé.

2 Généralités

2.1 Définitions

2.1.1 Gériatrie

Branche médicale dédiée au vieillissement, définie par Nascher (1910), reconnaît vieillesse comme étape particulière souvent liée au déclin et aux maladies, ce qui a contribué à des stéréotypes sur les pers âgées.

2.1.2 Gériatrie

Définie par Metchnikoff en 1913, est l'étude interdisciplinaire du vieillissement, intégrant aspects médicaux, sociaux et psychologiques, et inclut la gériatrie comme l'une de ses composantes.

2.1.3 Grand âge

Défini comme état physiologique de dégénérescence corporelle ou sénescence, exprimée au niveau cellulaire et tissulaire.

2.1.4 Odontologie gériatrique

S'intéresse plus spécifiquement aux conséquences du vieillissement sur la santé du système bucco-dentaire et aux solutions thérapeutiques.

2.1.5 Vieillesse

C'est un processus graduel et irréversible qui modifie le corps avec le temps ; la sénescence correspond au vieillissement normal, tandis que la sénilité désigne une détérioration pathologique des capacités chez la pers âgée.

2.1.6 Personne âgée

La définition d'une pers âgée ne dépend pas seulement de l'âge (65 ou 75 ans), mais aussi de la présence de maladies associées et de la perte d'autonomie, ces critères étant essentiels pour une approche adaptée.

2.1.7 Personne très âgée

La notion de pers très âgée repose sur l'âge chronologique, généralement fixé à 80, 85 ou 90 ans selon les sources, mais il n'existe pas de seuil universellement accepté.

2.2 Classification

Class d'Ettinger distingue les pers âgées autonomes, fragilisées ou dépendantes selon leur capacité à accéder aux soins et à se déplacer, sans prendre en compte l'aspect psychologique ; seuls les autonomes gèrent seuls leur HBD.

La classification chronologique Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- ✓ 60–74 ans : sujet âgé (« jeune âgé »)
- ✓ 75–89 ans : grand âge
- ✓ ≥ 90 ans : très grand âge

✦ Limite : ne reflète pas l'état fonctionnel réel.

3 Aspects physiologiques du vieillissement

C'est un processus complexe qui commence avt les signes visibles et résulte à la fois d'un programme génétique et dommages accumulés sur l'ADN au fil de la vie, ces 2 mécanismes étant souvent imbriqués.

3.1 Mécanismes responsables du vieillissement

Facteurs génétiques	Les gènes jouent un rôle clé dans la longévité et le vieillissement, certains génotypes favorisant une vie plus longue. L'altération de l'ADN modifie l'expression génique et peut déclencher la mort cellulaire programmée (apoptose).
Protection contre radicaux libres	Les radicaux libres causent un stress oxydatif endommageant l'ADN. L'organisme utilise des enzymes (superoxyde dismutase, catalase) et des protéines de choc thermique (HSP) pour se protéger, mais ces défenses diminuent avec l'âge.
Glycation non enzymatique	Le glucose forme spontanément des produits de glycation avancée (AGE) qui altèrent les protéines, induisent l'inflammation et empêchent leur renouvellement, accélérant le vieillissement des tissus.
Facteurs extrinsèques	La restriction calorique ralentit le vieillissement, tandis que la sédentarité et les maladies (arthrose, troubles cardiovasculaires après 75 ans) l'accélèrent.

3.2 Types du vieillissement

On distingue 3 types : réussi (indépendance), habituel avec fragilité (capacités diminuées sans maladie), et pathologique (dépendance liée à des maladies chroniques, souvent avec des problèmes BD).

3.3 Effets du vieillissement sur l'organisme

3.3.1 Au niveau cellulaire (changements structuraux)

Vieillessement ç se traduit par l'altération des chromosomes (télomères), des mitochondries et Mbnes, une régénération ç diminuée, et au niveau tissulaire, par une perte d'élasticité et une altération du collagène.

3.3.2 Au niveau de l'organisme (changements fonctionnels)

Vieillesse entraîne des modifications fonctionnelles (SN, hormones, rythmes biologiques, multitâche difficile) et anatomiques (diminution eau ζ , masse musculaire, organes, os, sens, rigidité artérielle, plus de graisse et de Tm), avec des signes visibles sur la peau, les os et les articulations.

3.4 Incidences du vieillissement au niveau bucco-dentaire

Vieillesse modifie T buccaux, influençant dg et soins dentaires chez les seniors ; le praticien doit distinguer les signes normaux du vieillissement des pathologies pour adapter le trt et rassurer le patient.

3.4.1 Sur les tissus de l'odonte

Vieillesse dentaire entraîne couleur + jaunâtre, fragilité accrue, modifications de forme, principalement dues à l'attrition, mais aussi à l'abrasion et à l'érosion, chaque partie subissant ses propres changements.

Émail	Moins perméable, plus foncé, plus fragile, présence de craquelures, augmentation du fluorure et zinc, attrition marquée, hyperminéralisation, cario-résistance possible.
Complexe dentinopulpaire	Dentine plus sclérosée et minéralisée (plus dure mais plus cassante), pulpe réduite, opacité accrue, moins de vascularisation, moins de douleur donc caries profondes possibles sans symptômes.

3.4.2 Sur les tissus du parodonte

Gencive	Peu de changements cliniques, hauteur stable après 45 ans, récessions exposant la racine ; épithélium plus fin, activité mitotique réduite, collagène moins synthétisé mais fibres plus stables, tissu conjonctif devient dense.
LAD	Moins de cellules et fibres, réparation diminuée (fibroblastes, ostéoblastes, cémentoblastes), espace ligamentaire réduit si dentition complète, fibrose, espace élargi chez édentés partiels à cause des surcharges occlusales.
OA	Changements liés à l'âge comme le squelette, aggravés par perte dentaire, maladie parodontale, prothèses inadéquates, prédispositions génétiques ou maladies systémiques.
Cément	Épaississement par cément secondaire, surtout distalement et au tiers apical, pour compenser l'attrition ; hypercémentose en cas d'activité fonctionnelle accrue.

3.4.3 Sur la muqueuse buccale

Avec l'âge, la muqueuse buccale s'amincit, devient plus fragile et moins défensive, favorisant inflammations, ulcérations sous prothèses, risques précancéreux et atrophie des papilles gustatives.

3.4.4 Sur la musculature

Avec l'âge, la musculature oro-faciale s'atrophie, rendant le visage + maigre, - tonique et diminuant la coordination et la force (surtout en cas d'édentation), tandis que la langue grossit et modifie la déglutition.

3.4.5 Sur l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

Avec l'âge, l'ATM s'use, peut présenter arthrose, bruits et dlr souvent aggravées par la perte non compensée des dents, d'où l'importance de rechercher systématiquement une dlr de l'ATM chez les seniors.

3.4.6 Sur les glandes salivaires

Avec l'âge, GS subissent atrophie des $\dot{c}$ acineuses, $\uparrow$ des canaux et du T vs, et infiltration graisseuse, entraînant surtout $\downarrow$ du flux salivaire (+ que de la composition), ce qui affecte la protection buccale et le bien-être.

3.4.7 Sur le tissu osseux

Avec l'âge, la résorption osseuse s'accélère (surtout en cas de perte dentaire, maladies, carences, prothèses inadaptées), fragilisant l'os, favorisant les maladies parodontales et compliquant la pose de prothèses ou d'implants, surtout à la mand.

3.4.8 Sur les fonctions orofaciales

Capacités sensorielles Diminution des papilles gustatives (presbygeusie), perte du goût et de l'odorat, tendance à manger plus salé/sucré, augmentation du risque carieux, perte de la perception de l'hygiène buccale.

Capacités sensorielles	Diminution des papilles gustatives (presbygeusie), perte du goût et de l'odorat, tendance à manger plus salé/sucré, augmentation du risque carieux, perte de la perception de l'hygiène buccale.
Mastication	Sarcopénie des muscles masticateurs, perte de dents, réduction de la force de mastication, difficulté à mâcher les aliments durs, ouverture buccale diminuée.
Déglutition	Dysphagie fréquente, aggravée par moins de salive, perte de dents, modification de la langue, sarcopénie et troubles nerveux.
Perception douloureuse	Diminution de la sensibilité à la douleur, risque de caries avancées non ressenties, douleurs surtout liées à la muqueuse (prothèses, mycoses, sécheresse).

4 Maladies systémiques et médicaments ayant une importance globale pour les soins dentaires

Le dentiste doit tenir compte des maladies chroniques et des nombreux médicaments chez les personnes âgées, car ils compliquent les soins buccodentaires, provoquent des effets secondaires (xérostomie, dysgueusie, stomatite) et rendent l'hygiène orale difficile à cause de handicaps ou troubles cognitifs.

5 Maladies bucco-dentaires courantes chez les personnes âgées

5.1 Les lésions d'usure

Les lésions d'usure non carieuses regroupent l'attrition (usure entre dents), l'abrasion (frottement, souvent par brossage agressif), l'érosion (acides) et l'abfraction (flexion dentaire), toutes favorisées et accélérées avec l'âge, la salive diminuée et de mauvaises habitudes.

5.2 Les lésions carieuses : cervicales et radiculaires

5.2.1 Prévalence

La prévalence des caries est la plus élevée, avec surtout des caries cervicales qui augmentent avec l'âge, tandis que les caries occlusales sont moins fréquentes à cause de l'usure des reliefs dentaires.

5.2.2 Aspects cliniques et microbiologiques

Localisées à la JAC, sont actives (molles, près de la gencive, avec plaque) ou inactives (dures, lisses, éloignées), généralement superficielles et indolores, avec une flore dominée par Strepto mutans, Actinomyces et lactobacilles avec participation de Candida albicans.

5.2.3 Localisation des caries radiculaires

Les caries radiculaires peuvent être supragingivales (touchant ciment, dentine, souvent émail cervical) ou infragingivales (touchant surtout dentine et ciment), ces dernières étant les + fréquentes.

5.2.4 Facteurs de risque chez les personnes âgées

Favorisées par la récession gingivale, la xérostomie (souvent due aux mdcts), mauvaise HD, alimentation sucrée fréquente, prothèses inadaptées, ces facteurs pouvant s'additionner et augmentant le risque.

5.3 Les pulpopathies

La pulpe dentaire se minéralise et diminue en volume, ce qui limite l'inflammation mais favorise les pulpites chroniques discrètes, calcifications et nécrose, pouvant évoluer lentement vers des complications infectieuses ou Tm.

5.4 Les parodontites apicales

Chez les pers âgées, la sclérose du LAD et l'étroitesse apicale limitent l'infection, rendant la PA surtout chronique, localisée, à évolution lente vers granulome ou kyste, souvent complication tardive d'une ancienne infection.

5.5 Les fêlures- fractures – luxations

5.5.1 Modifications étiopathogéniques

Chez les pers âgées, les traumatismes dentaires sont liés aux accidents et aux déséquilibres occluso- articulaires (surtout chez les bruxomanes), aggravés par l'abrasion, la fragilité des tissus, les caries et restaurations, mais partiellement compensés par une usure dentaire et une force masticatoire réduite.

5.5.2 Modifications cliniques

Chez les pers âgées, les fêlures touchent surtout la face ext des dents de devant, les fractures « spontanées » sont favorisées par de grosses restaurations métalliques, tandis que les luxations sont très rares.

5.6 Les récessions gingivales et perte d'attache

Très fréquentes et croissantes avec l'âge, sont liées à la perte d'attache et à la diminution de l'os alvéolaire, favorisées par de multiples facteurs (parodonte fin, malpositions, inflammation, brossage traumatique, bruxisme, alimentation, baisse de salive), mais peuvent être absentes chez des sujets parodontaux sains.

6 Soins bucco dentaires spécifiques à la personne âgée

6.1 Faisabilité des thérapeutiques conservatrices et restauratrices en gériatric

Le vieillissement entraîne des changements irréversibles des dents et du parodonte, limitant les options de soins conservateurs et restaurateurs chez la pers âgée.

6.1.1 Thérapeutiques conservatrices

Préventive	Détection précoce des déminéralisations radiculaires essentielle (2 % des racines exposées carient/an après 65 ans) ; utilisation du scellement des sillons, vernis fluoré/CHX, et éducation à l'HBD et alimentaire.
Dentinogène	Sclérose dentinaire et hyperminéralisation de l'émail augmentent la résistance aux caries ; soins dentinogènes possibles sauf ceux nécessitant une forte réaction dentinaire (CPD/CPI).
Cémentogène et ostéo-cémentogène	Sclérose dentinaire, dentine réactionnelle et zones minéralisées dans la pulpe compliquent les TE.

6.1.2 Thérapeutiques restauratrices

Avec l'âge, la dentine hyperminéralisée devient fragile, augmentant le risque de fractures liées aux restaurations volumineuses, d'où la préférence pour les recouvrements de cuspidés et l'évitement des ancrages radiculaires.

6.2 Thérapeutiques en odontologie gériatrique

6.2.1 Approche psychologique : Relation patient âgé/praticien

6.2.1.1 Examen psychologique

L'accueil chaleureux et l'écoute active dès la salle d'attente, associés à un entretien préliminaire, permettent d'évaluer l'état psychologique et physique du patient âgé pour personnaliser le trt.

6.2.1.2 Particularités de la communication au cabinet dentaire

La communication avec le patient âgé ne dépend pas de l'âge mais de ses capacités d'adaptation et de compréhension, nécessitant écoute, confiance et adaptation avant les soins, puis une attention particulière au langage non verbal pendant les soins, car la communication verbale est très limitée au fauteuil dentaire.

6.2.1.3 Optimisation de la communication praticien/patient âgé

Environnement
Respecter la routine et les horaires habituels du patient, adapter les RDV à ses pathologies, réduire l'attente, privilégier l'écoute et la communication, créer une ambiance rassurante et bien éclairée (sans lumière agressive), limiter les bruits désagréables et les sources d'anxiété (température, posture, dlr).
Langage
Parler fort, clair, lentement, face au patient, garder un contact visuel, utiliser un langage simple et des phrases courtes, laisser du temps pour répondre, compléter si besoin avec l'entourage ou le médecin, et écrire prescriptions et conseils en gros caractères.
Traitement
Assurer des soins indolores, prendre en compte les attentes esthétiques et fonctionnelles, garantir confort et sécurité (prévenir les chutes), et renforcer l'HBD avec des démonstrations et conseils écrits adaptés aux déficits sensoriels.

6.2.1.4 L'apport de la télédentisterie en odontologie:

La télé dentisterie permet, grâce aux technologies numériques, la prévention, le dépistage et le diagnostic à distance, avec un suivi des populations à risque et un télédiagnostic facilitant la prise en charge des urgences.

6.2.2 Examen clinique et complémentaire des patients âgés

6.2.2.1 Anamnèse

Consiste à identifier le motif de consultation, à recueillir ses ATCD médicaux et, afin de comprendre ses attentes, son état de santé, ses capacités et son historique dentaire, pour offrir des soins adaptés et personnalisés.

6.2.2.2 Examen clinique

Examen exobuccal	- Installer le patient avec douceur, préserver confort et intimité, sans instruments agressifs visibles. - Réaliser l'examen en position assise, observer la peau (signe de vieillissement), la morphologie, la fonction de la mâchoire, et rechercher des adénopathies cervico-faciales. - Détecter anxiété ou difficultés de déplacement.
Examen endobuccal	- Allonger le patient délicatement, en tenant compte des contraintes physiques (cyphose, coussin si). - Examiner la formule dentaire (dents absentes, usures, caries, restaurations), les relations inter- arcades, l'état du parodonte, des muqueuses et l'HD. - Évaluer quantité/qualité de la salive, rechercher mycoses, surveiller le pH salivaire, le risque de caries, tartre, mycoses et l'état de la langue (souvent lisse, douloureuse, sensible à la sécheresse).

6.2.2.3 Examens complémentaires

Comprennent une OPT et RA pour un bilan BD complet (dents incluses, infections, caries, pathologies osseuses), et des examens biologiques avec le médecin pour évaluer les risques médicaux et CI aux soins.

6.2.2.3.1 L'apport de l'intelligence artificielle

Aide au diagnostic par la détection automatisée des caries et des lésions, avec réduction des erreurs.

6.2.3 Les thérapeutiques

Chez la pers âgée, le trt doit être adapté à son état de santé et à sa tolérance aux soins, privilégier des actes simples et rapides, et s'accompagner d'explications claires et rassurantes pour instaurer la confiance.

6.2.3.1 Facteurs pouvant influencer la décision thérapeutique en OG

La décision thérapeutique est complexe car elle dépend de l'état médical, des trts en cours et de la fragilité du patient, qui limitent les options. Il faut aussi tenir compte des attentes, de la gravité des besoins, de la tolérance au trt, des alternatives, des moyens financiers et des compétences du praticien pour adapter les soins.

6.2.3.2 Motivation à l'HBD

Chez la personne âgée, l'HBD est compliquée par des difficultés motrices, psychologiques et la baisse de salive, nécessitant l'utilisation de brosses adaptées, de dentifrice fluoré, d'aides complémentaires (brossettes, hydropulseur), un brossage d'au - 3 mn, et un entretien rigoureux des prothèses pour prévenir infections et complications.

6.2.3.3 Thérapeutiques conservatrices

ART	Sans instruments rotatifs : curetage manuel (ciseau à émail/excavateur), obturation rapide avec CVI, idéal pour patients peu coopérants ou fragiles.
MID	Avec instruments rotatifs (contre-angle, fraises boules), intervention plus longue, obturation avec CVI photo, pour patients coopérants.
Technique sandwich	Préserve la dent : dentine reconstituée avec CVI, émail restauré avec composite qui protège le CVI, combinant solidité et esthétique.
Curetage dentinaire au laser	Le curetage dentinaire au laser élimine la dentine infectée de façon minimalement invasive, réduit douleur et vibrations, et favorise l'adhésion, mais reste limité par son coût et sa manipulation précise.

6.2.3.4 Traitements endodontiques

TE sont + difficiles en cas de rétraction pulpaire, nécessitant une évaluation rigoureuse du bénéfice/risque et privilégiant les dents monoradiculées sous ATB prophylaxie si risque infectieux. La réussite dépend aussi de la motivation, de la coopération et de la tolérance du patient, ainsi que de la patience et de l'expertise du praticien.

6.2.3.4.1 Diagnostic

Chez le patient âgé, nécroses pulpaire et lésions endo-parodontales dominant, la pulpite aiguë est rare, et le dg est compliqué par des tests peu fiables et des symptômes souvent trompeurs.

6.2.3.4.2 Protocole opératoire

Chez le patient âgé, chaque étape du TE présente des difficultés spécifiques liées à l'état sénile de la dent.

Anesthésie	- Adaptation des doses : ↓30% (70-80 ans), ↓50% (>80 ans) [Insuffisance rénale]. - Choix molécules : Lidocaïne 2% (60-90 min) / Bupivacaïne 0.5% ou Étidocaïne 1% (7h). - CI : IDM, troubles rythmiques, diabète non contrôlé, antidépresseurs.	Éviter adrénaline >0.04 mg chez patients sous bêtabloquants.
Isolation	- Digue recommandée mais difficile (déglutition/respiration). - Reconstructions préalables si caries radiculaires/délabrements sous-gingivaux.	Privilégier alternatives si impossibilité de pose (ex : aspiration renforcée).
CAE	- Chambre pulpaire rétrécie → risque lésions accru. - Accès via couronne/bord incisif en cas d'attrition.	Utiliser instruments miniaturisés pour éviter perforations.
Exploration	- Obstacles : Ouverture buccale limitée, pulpolithes, canaux calcifiés/obstrués. - Techniques : Instrumentation manuelle + chélateurs. - Apex anatomique 2-3 mm en coronaire de l'apex radiologique.	Visualisation Rx+ loupe. Ne pas forcer la longueur idéale.
Obturation	- Méthodes conventionnelles adaptées (condensation latérale/verticale). - Séquence instrumentale pour canaux fins/calciés.	Aucune méthode spécifique aux sujets âgés → adapter selon anatomie.
Pronostic	- Avantages : Moins de bactériémies vs exo. - Risques : ↑Échecs à long terme (canaux mal traités, rotation dentaire). - Reprises complexes → prudence nécessaire.	Optimisé par rétrécissement apical naturel, mais limité par facteurs liés à l'âge.

6.2.3.5 Chirurgie endodontique

Chirurgie endo est indiquée chez les pers âgés comme chez les jeunes, mais elle est souvent + complexe à cause des canaux calcifiés ou résorbés ; si l'état général le permet, elle est à privilégier car - traumatisante que l'exo.

6.2.3.6 Éclaircissement dentaire

Avec l'âge, l'émail s'amincit et la dent devient + facile à blanchir, souvent avec de meilleurs résultats et moins de sensibilité ; il faut adapter la technique (micro-abrasion, produits combinés) selon le type de coloration, tout en protégeant les tissus et en traitant les sensibilités si besoin.

6.2.3.7 Prescription médicamenteuse chez les personnes âgées

Chez les patients âgés polymédiqués, la prescription d'antalgiques et d'ATB après exo doit tenir compte des interactions fréquentes, nécessitant une surveillance rigoureuse, la collaboration avec le médecin traitant et l'adaptation des doses pour éviter les surdosages dus au ralentissement des fonctions organiques.

6.2.3.8 Sédation consciente en odontologie gériatrique

La sédation consciente au MEOPA calme rapidement les patients déments ou agités, facilitant les soins dentaires impossibles autrement, tout en présentant peu de risques et de CI. Son effet débute en 3 mn après inhalation par masque nasal, disparaît en 5 mn après l'arrêt, et nécessite une surveillance continue pdt la procédure.

6.2.4 Cas particulier des soins à domicile ou en institution << la valisette Transcar >>

La valisette Transcar permet de réaliser facilement des soins dentaires conservateurs à domicile grâce à des instruments rotatifs et aux ultrasons. En son absence, le trt chimio-mécanique (Carisolv) offre une alternative silencieuse et bien tolérée, surtout chez les personnes âgées fragiles.

7 Besoin d'une formation continue en odontologie gériatrique

Le vieillissement accroît les besoins en soins bucco-dentaires des personnes âgées. La formation continue permet d'adapter les soins et d'intégrer les nouvelles technologies pour améliorer qualité et sécurité.

8 Conclusion

Fonctions oro-faciales (manger, parler, exprimer) peuvent être affectées par l'âge, mais les pertes graves sont surtout dues à des facteurs externes ; les principales maladies buccales des seniors sont souvent évitables ou traitables si elles sont détectées tôt.