

Le soin de bouche

JANVIER 1997

Remerciements

Pour la validation des recommandations, aux personnes suivantes :

- Michèle AUSSANT, cadre supérieur hygiéniste - Hôpital Pitié-Salpêtrière
- Christine BAILLET, cadre infirmier - Hôpital Robert Debré
- Alain BAULON, médecin - Hôpital Ste Péline
- Dany CORNET, cadre infirmier hygiéniste - Hôpital d'Amiens
- Michèle DOUARRE, cadre supérieur infirmier - Hôpital St Louis
- Véronique DUCROCQ, cadre infirmier - Hôpital Duchesne - Boulogne-sur-Mer
- Marie FAUCHEUR, cadre infirmier - Hôpital Ste Péline
- Jean-François FONTAINE, dentiste - Paris
- Nathalie FICHET, infirmière - Hôpital Ste Péline
- Marie-Hélène FIEVET, pharmacienne - Hôpital Pitié-Salpêtrière
- Danielle GINISTY, professeur - Hôpital St Vincent de Paul
- Olivier HARTMANN, médecin - Institut Gustave Roussy
- Geneviève HELJACK, cadre infirmier - Hôpital Alix - Lozanne
- Chantal HERGOTT, cadre infirmier - Hôpital Robert Debré
- Colette LAINE, cadre supérieur infirmier - Hôpital Ste Péline
- Jean Daniel METTOUDI, médecin - Hôpital St Vincent-de-Paul
- Sylvie MONDEDEU, cadre infirmier - Hôpital Armand Trousseau
- Marie Sylvie RICHARD, médecin - Maison médicale Jeanne Garnier
- Francis PASCAL, médecin - Hôpital St Louis
- Hélène SAADA, enseignante - Institut de formation en soins infirmiers St Joseph
- Martine SINEGRE, pharmacienne - Hôpital Beaujon
- Damien SZYMANSKI, cadre infirmier - Hôpital de Hautepierre - Strasbourg
- Guy LE TOUX, médecin - Hôpital de Brest
- Christian VACHER, médecin - Hôpital Beaujon
- Michel WOLFF, médecin - Hôpital Bichat-Claude Bernard

Auteurs

Coordination

- Annick MACREZ, cadre supérieur infirmier - DSCSI
- Christos CHOUAID, médecin - Service de l'Evaluation, DPM
- Mireille COSQUER, statisticienne - Service de l'Evaluation, DPM

Groupe de travail

- Véronique ABJEAN, infirmière - Hôpital Pitié-Salpêtrière
- Stéphane AVET, cadre infirmier - Hôpital Paul Brousse
- Doris BERDUGO, cadre infirmier - Hôpital Tenon
- Christos CHOUAID, médecin - DPM
- Chantal GABA, cadre infirmier expert - Hôpital Beaujon
- Gilles JÉBRACK, médecin - Hôpital Beaujon
- Josiane LARZUL, cadre supérieur infirmier hygiéniste - Hôpital Necker-Enfants Malades
- Annick MACREZ, cadre supérieur infirmier - DSCSI
- Mathilde MESLIEN, aide-soignante - Hôpital René Muret
- Catherine PERRIN, aide-soignante - HAD
- Didier PREBENDE, infirmier - Hôpital Robert Debré
- Marie Thérèse SERAPHIN, aide-soignante - Hôpital St Antoine
- Véronique TARNAWSKI, enseignante - IFSI, Cochin - La Rochefoucauld

Direction du Service Central de Soins Infirmiers
Directeur : Marinette OLIVIER

© Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - 1997

Sommaire

Recommandations 5

La cavité buccale 6

Utilité du soin de bouche 6

Réalisation du soin de bouche 8

Évaluation de l'état de la bouche

Matériel

Produits

Rythme de réalisation du soin

Déroulement du soin

Brossage des dents

Prothèse dentaire

Évaluation de l'efficacité du soin 18

Éducation du malade 18

Spécificités 19

Réanimation ou soins intensifs

Onco-hématologie

Pédiatrie

Gérontologie

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Les coûts du matériel à l'AP-HP 25

**Synthèse des recommandations
et pratiques déclarées 26**

Références 30

Recommandations sur le soin de bouche

L'hygiène buccale est importante à tous les âges de la vie, au domicile comme en milieu hospitalier. Une bonne hygiène bucco-dentaire est source de bien être général.

C'est tout d'abord un confort pour la personne que d'avoir une bouche saine, une bonne hygiène avec une bouche propre, mais aussi un outil qui réponde à toutes ces fonctions. L'alimentation, la respiration, la communication sont trois besoins pour lesquels la cavité buccale a des retentissements.

De plus, la maladie, les traitements, le manque d'autonomie, l'âge sont des risques de perturbation de l'intégrité de la cavité buccale.

L'infirmier(e) aidé de l'aide-soignant(e) a un rôle de conseil, de prévention et de soins pour toutes les personnes, qu'elles soient jeunes ou âgées, bien portantes ou malades.

Notre démarche a consisté dans un premier temps, à réaliser une enquête de pratiques "déclarées" auprès des infirmières et aides soignantes, sur un échantillon de services hospitaliers tirés au sort.

Dans un deuxième temps, l'analyse de la littérature recensée par interrogation des bases de données médicales et infirmières montre que peu d'études ont été publiées dans ce domaine. Les preuves scientifiques sont faibles. Les recommandations ont donc été élaborées en s'appuyant sur l'enquête des pratiques et par avis de nombreux experts. Ces recommandations ne sont pas définitives et pourront être modifiées en fonction des recherches réalisées dans ce domaine.

Ces recommandations doivent être intégrées dans des protocoles de soins élaborés et validés par des équipes médicales et infirmières dans chaque hôpital.

La cavité buccale

Les soins de bouche favorisent le maintien d'une cavité buccale propre et saine et assurent au malade bien-être et dignité.



Les soins de bouche sont réalisés pour prévenir la formation de plaques bactériennes sur les dents et la langue. Ils contribuent à la prévention de l'infection, des troubles de la nutrition, du dessèchement des lèvres et de la cavité buccale, ainsi qu'au maintien de l'intégrité des muqueuses.

Utilité du soin de bouche

L'alimentation est facilitée par une bouche propre, bien humidifiée. Elle permet de respecter l'apport calorique nécessaire, facilite la déglutition mais permet également une meilleure absorption des médicaments donnés par voie sublinguale. Un apport de l'alimentation par voie orale est important à conserver pour certains malades, par exemple les personnes âgées ou les malades en phase terminale. De plus, manger, demeure un plaisir que l'on ne peut négliger.

La respiration est une fonction pour laquelle la cavité buccale a un retentissement. Une bouche encombrée, sèche peut entraver les fonctions respiratoires. L'apport d'oxygène est réalisé en majorité par le nez mais aussi par la bouche pour certaines personnes. L'humidification par aérosol est parfois un élément indispensable pour améliorer la respiration. L'hygiène buccale est une façon de diminuer le nombre d'entrées de micro-organismes et de prévenir dans certains cas l'apparition de pneumopathies.

La communication verbale avec la famille ou l'entourage s'avère difficile avec une bouche pâteuse et sèche. De plus l'haleine peut parfois rendre les échanges difficiles, créer un éloignement lors de discussions, empêcher un malade d'être embrassé par ses proches et isoler la personne.

Rappel anatomique et physiologique de la cavité buccale

La bouche ou cavité buccale, fait communiquer la partie supérieure du tube digestif avec l'extérieur.

Elle assure les fonctions de la mastication et de la salivation et intervient également dans la phonation.

Elle est limitée latéralement par les arcades dentaires, en haut par la voûte du palais, en bas par la langue et le plancher de la bouche. C'est une cavité ostéo-musculaire entièrement tapissée d'une muqueuse. Les dents, la langue et les glandes salivaires sont annexées à la cavité buccale.

La peau et des muqueuses intactes forment la première **barrière de défense** de l'organisme contre les traumatismes et les maladies.

La plaque dentaire est un dépôt mou, qui s'accumule sur les faces des dents. Elle est également appelée plaque bactérienne car elle est constituée par de nombreuses colonies de micro-organismes à divers stades de croissance. Le nettoyage de la plaque dentaire évite la carie dentaire et la parodontite. Un **renouvellement** important de la plaque peut se former dès **6 heures après un nettoyage** complet des dents.

Les médicaments administrés lors de certains traitements comme la chimiothérapie ou lors des greffes d'organe provoquent l'inflammation des muqueuses. Il est important d'éviter les infections, de limiter le développement des micro-organismes qui entraînent des douleurs et des perturbations supplémentaires.

Réalisation du soin de bouche

Les soins de bouche ou soins bucco-dentaires sont la mise en œuvre de moyens destinés à assurer et à favoriser l'hygiène bucco-dentaire. Une **bonne hygiène buccale** comprend le brossage mécanique des dents et des gencives. Les bains de bouche ne doivent pas être réalisés de façon systématique. Ils sont proposés uniquement dans certaines conditions : lorsque l'hygiène est impossible ou médiocre, en cas de terrain fragilisés (immuno-déprimés...), de pathologies infectieuses des muqueuses et de syndrome sec.

"Les soins de bouche **non médicamenteux** relèvent du rôle propre de l'**infirmier**. Ils sont liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, ils visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'une personne ou d'un groupe de personnes. L'infirmier accomplit cet acte en visant notamment à assurer le confort du patient, son éducation et celle de son entourage." Ils peuvent être réalisés **en collaboration avec l'aide-soignant(e)** (Art 3- Décret 93-345 du 15 mars 1993).

"Les soins de bouche **avec application de produits médicamenteux** et, en tant que besoin d'aide instrumentale, sont accomplis **sur prescription médicale**"(Art 4 - Décret 93-345 du 15 mars 1993).

En pratique, deux types de soin de bouche :

- Le soin de bouche **sans** prescription médicale est effectué de façon préventive ou pour le confort du malade. Il appartient au rôle propre de l'infirmier.
- Le soin de bouche **sur** prescription médicale est réalisé à visée curative, parfois préventive et comprend l'application de produits médicamenteux: antibiotique....

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA BOUCHE

Les différentes étapes

- **Interroger le malade**, quand cela est possible, sur ses habitudes au niveau de l'hygiène buccale, ses problèmes dentaires, ses besoins.
- **Evaluer l'état de la bouche** en fonction de différents critères : la voix, la langue, les lèvres, les muqueuses, les gencives, la salivation, la déglutition, les dents...
L'utilisation d'une grille est recommandée pour standardiser certaines études, homogénéiser l'évaluation entre les différentes équipes et mettre rapidement en place un soin personnalisé.

La grille proposée comprend des graduations de 1 à 3.

- 1- l'état de la bouche est normal
- 2- Il existe une légère altération (inflammation, hypertrophie gingivale)
- 3- La cavité buccale présente des altérations, des ulcérations, des saignements accompagnés de douleur, des abcès.

Le score est obtenu en faisant la somme des différents items. Un score normal est donc de 8 et le score le plus élevé (bouche très atteinte) de 24. Un choix des items est à réaliser en fonction de l'état du malade. Par exemple, chez un malade inconscient, on ne gardera pas les indicateurs concernant la voix, la déglutition et la salive. En fonction du résultat, le type de soin (préventif, curatif) et le rythme de réalisation (2, 3, 4 fois ou plus par jour) sont déterminés. Cette grille peut être complétée par d'autres examens (radio, test...), sur prescription médicale.

Grille d'évaluation de l'état de la bouche

développée par le centre médical de l'Université du Nebraska à Buffalo

Indicateur	Outil de mesure	Méthode de mesure
la voix	l'audition	parler avec le patient
la déglutition	l'observation	demander au malade d'avaler
les lèvres	le regard et la palpation	observer
la langue	le regard et la palpation	observer et toucher les tissus
la salive et la langue	l'observation et la langue	replier l'extrémité de la langue vers le bas ce qui déclenche une production de salive
les muqueuses	le regard	observer l'apparence des tissus
les gencives	le regard et la langue	appuyer sur les gencives avec l'extrémité de la langue*
les dents	le regard	observer l'apparence des dents et l'ensemble de la dentition
Total		

* En pratique, on peut appuyer avec un doigt protégé par un gant.

(Oral Assessment Guide - OAG)

et testée par Eilers (Kenny, 1990).

Pondération		
1	2	3
normale	sèche et rauque	difficulté à parler
normale	douleur lors de la déglutition	absence de déglutition
lisses, rosées et humides	sèches et fissurées	ulcérations ou saignements
rose et humide, présence des papilles	pâteuse, moins de papilles avec apparence lustrée, moins colorée	fissurée, boursouflée
transparente	visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	absente
roses et humides	inflammatoires, avec l'inclusion de plaques blanches, pas d'ulcérations	ulcérations et/ou saignements
roses, fermes et bien dessinées	inflammatoires, œdémateuses	saignements spontanés ou lors de pressions
propres et sans débris	plaques et débris bien localisés (entre les dents)	plaques et débris généralisés sur toutes les gencives et les dents abîmées
24		

MATÉRIEL

Le matériel doit être adapté en fonction de l'état du malade et de sa dépendance.

- La brosse à dents est le matériel le plus efficace pour éliminer la plaque dentaire (Pearson,1996). Elle doit être utilisée chez le malade conscient. Il est préférable d'utiliser une brosse à dents en nylon, à poils doux, à bouts arrondis.

La brosse à dents peut être utilisée simultanément avec un bâtonnet ou une aspiration pour faciliter l'ablation des débris. Elle est parfois déconseillée dans certaines situations spécifiques comme les gingivites graves, les stomatites. Elle peut provoquer des lésions des muqueuses lors de traitements spécifiques (chimiothérapie, radiothérapie) ou chez des malades dont les tissus sont plus fragilisés (certaines personnes âgées). L'utilisation de brosse à dents de type chirurgical est dans ce cas préconisée.



Certaines brosses à dents sont à **usage unique** et imprégnées de dentifrice.

- Le brossage est complété par des brossettes interdentaires ou par **un fil à soie** pour faciliter le nettoyage des interstices dentaires.
- Le jet dentaire ou hydropulseur est également conseillé chez les malades porteurs d'arcs maxillaire ou mandibulaire.

• Les bâtonnets

Deux types existent :

- le **bâtonnet nature** comprenant un embout coton ou un embout mousse en forme de cône ou d'étoile. Il est plus facile à manier et moins traumatisant pour les peaux lésées que l'abaisse-langue classique entouré d'une compresse.



- le bâtonnet glycériné imprégné d'un mélange aqueux de glycérine, d'acide citrique, de benzoate de sodium et d'extraits aromatiques de citron. Il est conseillé pour les bouches très sèches. Il apporte un effet de rafraîchissement et lubrifie en même temps les muqueuses. Il est à **utiliser en fin de nettoyage** de la cavité buccale.

- Le **doigt ganté avec des compresses** peut être utilisé pour des gencives sensibles, qui saignent, chez les bébés ou les malades inconscients. Cette technique entraîne un risque de morsure.
- Des **sets** existent réunissant tout le matériel et facilitant l'organisation des soins.

PRODUITS

- Le **dentifrice**, en tube classique, en mono-dose mais également en pastille pour un emploi plus facile.
- Le **savon liquide** d'un PH neutre, bien que le goût ne soit pas très adapté.
- L'eau, une solution de **chlorure de sodium à 9 ‰** ou de **bicarbonate de sodium à 14‰**, peuvent être utilisées comme produits de dilution pour les bains de bouche (Kenny, 1990).

- L'emploi d'**antiseptiques** fait l'objet d'un protocole de service ou d'une prescription médicale. Ils sont déconseillés chez les enfants en-dessous de 6 ans et contre-indiqués en dessous de 30 mois.

Les plus couramment utilisés sont :



- la **polyvidone iodée** pour gargarisme-bain de bouche (Bétadine® verte) : antiseptique à large spectre et antifongique. Elle est contre-indiquée en cas d'intolérance à l'iode. Il faut la conserver à l'abri de la lumière et ne pas l'avaler. La dilution est d'1 à 2 cuillères à café dans un verre d'eau tiède.

- l'héxétidine à 0,1% soit :

. le **Givalex**[®], avec une activité anti-inflammatoire et antalgique due au salicylate de choline et chlorobutol, la dilution est de 2 c à café dans 1/2 verre d'eau tiède, à conserver à l'abri de la lumière.

. l'**Hextril**[®], est à utiliser dilué (2 à 3 fois son volume), en flacon de 200ml avec gobelet doseur ou monodose de 15ml.

- La **chlorexidine**, l'**Eludril**[®] à large spectre, a un effet inhibiteur sur la plaque dentaire. Il est obtenu sur prescription spéciale.

- Le **peroxyde d'hydrogène** (eau oxygénée) est **déconseillé** : il permet une diminution de l'adhérence bactérienne mais provoque de nombreuses réactions, irritations, picotements, décoloration de la langue (Tombs, 1993). Il peut être indiqué, sur prescription médicale, pour ses propriétés hémostatiques, en cas de saignements difficiles à contrôler.

Il est important lors de l'utilisation de ces antiseptiques de **respecter un temps de contact** de quelques minutes (3 à 5 mn). Un rinçage peut être effectué secondairement.

Le **corps gras** à appliquer sur les lèvres si elles sont sèches ou fissurées, est de préférence de la glycérine.

RYTHME DE RÉALISATION DU SOIN

Le **rythme de réalisation ne peut être standardisé**. Il va dépendre de l'**évaluation de l'état de la bouche**. L'utilisation de la grille peut aider à le déterminer.

Un soin de bouche **préventif** est effectué après les repas, lors de la toilette, et **selon le besoin du malade**.

En fonction de l'état de la bouche, il peut être réalisé au réveil, avant le repas pour **stimuler l'appétit et la production de salive**. Il faut éviter de le faire immédiatement après le repas, ce qui peut provoquer des vomissements pour certaines personnes.

Il est souhaitable d'ajuster le nombre de soins de bouche en fonction de l'état de la bouche.

DÉROULEMENT DU SOIN

Un protocole journalier rigoureux avec un matériel adapté apporte un confort très important sur le plan physique et psychologique du malade.

- **Malade autonome pour effectuer le soin**

Il faut lui rappeler la nécessité de se laver les dents et lui installer si nécessaire le matériel.

Le **brossage** des dents doit comprendre les faces internes, externes, inférieures, supérieures et éventuellement la langue en cas de dépôts blanchâtres.

Le **fil à soie** ou fil dentaire s'utilise enroulé entre 2 doigts. On effectue un mouvement de va-et-vient pour l'insérer entre les dents. Il est important de faire glisser le fil doucement et ne pas forcer pour éviter de faire saigner la gencive. Un rinçage de la bouche est ensuite nécessaire pour éliminer les particules de nourriture ou de plaque qui ont été détachées.



Des **bâtonnets** ou des **brossettes** très fines assurent aussi l'élimination des nombreux débris dans les espaces interdentaires.



L'absorption de boisson à base de cola ou d'ananas est une aide au nettoyage d'une bouche sale.

- **Malade dépendant**

Les soins sont à réaliser par le **soignant**. Le soin sera adapté à la pathologie ou à l'état de conscience du malade.

Un **protocole de prévention** pour le soin de bouche doit être élaboré.

Le soin nécessite :

- le lavage des mains avec un savon liquide non antiseptique,
- le port de gants non stériles,
- la préparation du produit dans un **verre à dents, propre non stérile** (verre à boire ou gobelet) spécifique à cet usage,



- le port d'un masque et d'un tablier dans des circonstances particulières (malade aplasique, malade porteur de bactérie multi-résistante, malade atteint de tuberculose...) et en cas de risque de projections,
- le nettoyage des dents, du palais, des joues et de la langue : en procédant toujours du haut vers le bas en allant du fond vers le devant de la bouche, en terminant par la langue,
- l'application d'un corps gras sur les lèvres dans le cas de fissurations ou de sécheresse.

BROSSAGE DES DENTS

Il est nécessaire de brosser l'ensemble des dents.

- Chaque arcade est brossée séparément, le haut puis le bas, chaque dent une à une (au maximum 2 par 2).
- Le brossage doit se faire du rouge vers le blanc, c'est à dire de la gencive vers la dent pour masser la gencive avant de brosser la dent et pouvoir enlever tous les débris alimentaires. Les faces visibles des dents sont brossées en premier puis les faces cachées. On termine par les faces de morsure qui sont brossées de façon horizontale cette fois-ci.
- Une fois la première arcade dentaire brossée, on passe à la deuxième.
- Le dentifrice peut être utilisé en très petite quantité (petit pois sur la brosse).

PROTHÈSE DENTAIRE

De nombreux malades sont porteurs de prothèses dentaires.

Le **brossage** de la prothèse est aussi important que celui des dents naturelles car la plaque s'y accumule également et peut irriter la gencive. Il est réalisé au même rythme que celui des dents, après les repas et au coucher. Le nettoyage est effectué avec une brosse dure, du savon ou un produit spécifique pour prothèses.

Le nettoyage de la cavité buccale ne doit pas être oublié.

Si les prothèses ne sont pas portées pendant quelques heures ou durant la nuit, elles doivent toujours rester mouillées pour éviter qu'elles se déforment. Elles doivent être placées **après leur nettoyage** dans une **boîte à prothèse, étiquetée au nom du malade**, contenant de l'eau froide ou une solution nettoyante. Il est impératif de nettoyer la boîte et de changer ce produit chaque jour.



Des nettoyeurs ultrasoniques contenant une solution chimique nettoyante existent, l'investissement dans ces appareils est à discuter.

Des périodes aiguës de la maladie entraînent la non-utilisation des prothèses. L'utilisation d'une boîte spécifique et la notification du port de prothèse dans le dossier de soins limitent leur perte.

Evaluation de l'efficacité du soin

Après la réalisation du soin, il est nécessaire d'évaluer son efficacité; reprise de la grille et retranscription de quelques items sur le dossier de soin :

- l'hydratation de la bouche, des lèvres,
- la couleur,
- l'absence de dépôt,
- l'haleine,
- le ressenti du malade...

La planification, l'exécution et l'évaluation de l'efficacité du soin doivent être retrouvées au niveau du dossier de soins.

Education du malade

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière a un rôle éducatif important dans les soins d'hygiène et de confort.

Pour l'hygiène buccale, elle doit auprès du malade ou de sa famille :

- **expliquer l'utilité** d'une bonne hygiène bucco-dentaire et notamment après chaque repas : brossage des dents (3 mn), bains de bouche....,
- encourager le malade à **examiner régulièrement** sa cavité buccale,
- discuter des **signes ou des symptômes** qu'il faut signaler à l'équipe soignante : des brûlures ou douleurs dans la bouche, de l'apparition de plaques rouges ou de lésions ouvertes sur les muqueuses ou sur les lèvres, de saignement des gencives...,
- **conseiller les produits à utiliser** et expliquer leur mode d'emploi,
- apprendre à réaliser le soin et évaluer l'efficacité du soin,
- recommander une **évaluation régulière de la dentition**, chez son dentiste,
- donner le **protocole de soins de bouche à suivre dans le cas d'une chimiothérapie.**

Spécificités

En fonction des disciplines, quelques particularités sont spécifiques et s'ajoutent au soin de bouche normal.

RÉANIMATION OU SOINS INTENSIFS

En réanimation ou soins intensifs, le soin de bouche est très important. Le malade est souvent endormi, inconscient, ventilé. Les malades intubés ou trachéotomisés ne peuvent pas déglutir leur salive, ils sont souvent alimentés par sonde gastrique. Très fréquemment, la bouche est desséchée, des débris y stagnent. Il est nécessaire de débarrasser la cavité buccale de toutes ces impuretés pour améliorer le confort du malade et éviter que s'y développe un innoculum bactérien, source d'infections pulmonaires.

Le soin de bouche requiert pour un malade ventilé et inconscient :

- la présence d'une source lumineuse pour évaluer correctement l'état de la bouche,
- le matériel pour aspirer la cavité buccale avant le soin et pour récupérer le liquide injecté (système d'aspiration et sonde stérile),
- si une canule de guédel est en place, elle nécessite un nettoyage ou son changement à chaque soin de bouche.



Il est important de vérifier l'étanchéité du ballonnet de la sonde ou de la canule avant de déroulement du soin. Des soins oropharyngés sont souvent programmés dans le même temps.

Le rythme de réalisation du soin est aussi fonction de l'état de la bouche du patient. Un **protocole préventif** doit être instauré dès l'arrivée du malade et modifié suivant l'évaluation.

ONCO-HÉMATOLOGIE

La mucite et la stomatite, inflammation et ulcération des muqueuses, sont des effets secondaires habituels de la thérapie anti-cancéreuse : chimiothérapie et radiothérapie. La stomatite survient chez 40% des patients en chimiothérapie après irradiation de la tête et du cou. Elle affecte le traitement mais aussi la qualité de vie du patient suivant les perturbations qu'elle induit tels que saignements, ulcérations, avec parfois infection bactérienne ou fongique. Une stomatite importante provoque des douleurs intenses, empêche le malade de s'alimenter, de s'hydrater. Elle entraîne souvent une disparition du goût et des pertes caloriques importantes.

Des **mesures préventives** sont à mettre en œuvre **avant le début du traitement oncologique**. L'évaluation de l'état de la bouche est à réaliser dès l'arrivée du malade à l'aide d'une grille de critères.

En plus d'un contrôle dentaire et d'une bonne hygiène buccale, le **maintien d'une salivation** correcte est indispensable pour prévenir les surinfections (mâcher de la gomme sans sucre, sucer des glaçons ou donner des stimulants de salivation artificielle).

Le brossage des dents doit être réalisé avec une **brosse douce ultra-souple, de type chirurgical**, pour éviter de provoquer des saignements.

Le facteur le plus important de prévention des stomatites est la fréquence et la régularité des soins plutôt que les produits utilisés (Daeffler, 1980).

Les bains de bouche sont réalisés avec un **antiseptique** comme Eludril® ou Givalex®, 6 à 8 fois par jour pour une stomatite sévère.

Une association de :

- hécétidine à 0,1% -75ml,
- nystatine en suspension orale à 100 000 UI/ml (Mycostatine®) 24ml
- bicarbonate de sodium à 1,4% - 400ml

a montré son efficacité antifongique ainsi qu'une bonne stabilité.

Sa limite d'utilisation est de 3 jours à température ambiante (Vincent, 1995).



La Fungizone[®] peut aussi être proposée (Simonin, 1996), diluée dans du bicarbonate de sodium. Mais la stabilité de ce mélange est d'une durée très limitée, 1 heure. Il est donc nécessaire de faire figurer la date et l'heure sur le flacon préparé.

Comme mesures curatives des mucites, en plus des bains de bouche, des soins locaux sont déterminés **sur prescription médicale** : application de bleu de méthylène, gargarisme avec une suspension d'ulcar, gel de xylocaïne... Des antalgiques sont donnés par voie locale ou générale ainsi que des traitements spécifiques : anti infectieux, anti-viraux.....Selon les cas, des prélèvements mycologiques ou viraux sont à prévoir avant le début du traitement. L'avis d'un stomatologue peut apporter des éléments de décision dans le cas de stomatite grave.

Des soins individualisés, répartis dans la journée et mis en place rapidement sont indispensables lors d'une chimiothérapie.

PÉDIATRIE

Le rôle éducatif du soignant dans ce domaine est primordial. C'est parfois l'occasion d'introduire des habitudes d'hygiène bucco-dentaire. L'apprentissage doit porter sur la technique du brossage des dents. Il faut proposer, quand cela est possible, des séances de brossage en groupe pour stimuler les enfants et leur permettre d'apprendre en imitant.

Cette éducation peut être complétée auprès des parents sur les soins à réaliser, leur évolution et leur pertinence.

La révélation de la plaque dentaire est à faire avec les parents une fois par semaine au début, puis de façon moins fréquente si l'enfant a bien compris. Elle permet de visualiser les zones mal brossées et ainsi d'améliorer la qualité du brossage (colorant pour détection de plaque dentaire).

La qualité de l'alimentation joue un rôle important dans la résistance dentaire. Une bonne hygiène alimentaire et une réduction des apports sucrés, notamment le soir, sont des mesures essentielles à transmettre.



La majorité des antiseptiques utilisés lors des soins de bouche sont contre-indiqués pour les enfants en dessous de 30 mois. **Les doses sont donc à ajuster en fonction de l'âge, suivant l'avis médical.**

La Mycostatine[®] ou la Fungizone[®], sont acceptées de façon identique par les enfants dans la prévention des mucites, le choix peut donc leur être laissé (Priour, 1995).

- **La néonatalogie**

Chez le nouveau-né et plus particulièrement chez le prématuré porteur de sonde gastrique, le soin de bouche représente un soin d'hygiène et de confort, mais également une stimulation orale non négligeable nécessaire dans la prévention des problèmes alimentaires ultérieurs.

Les produits les plus utilisés sont la solution de chlorure de sodium ou le bicarbonate de sodium à 14%.

GÉRONTOLOGIE

A l'arrivée de la personne âgée dans la structure de soins, un interrogatoire de la personne ou de la famille ainsi qu'une **évaluation de l'état de la bouche** permettront de planifier les besoins. Ils seront complétés par une observation lors de l'alimentation.

Suivant son autonomie, il faut solliciter la personne pour qu'elle réalise son brossage et lui disposer le matériel nécessaire. L'utilisation d'une brosse douce est aussi conseillée (Trenter Roth, 1986).

Pour une personne dépendante, un soin de bouche sera réalisé suivant la même technique que pour les autres malades.



La bouche a souvent besoin d'être hydratée et un déficit dans la production de salive est fréquent. L'apport de boisson en petite quantité doit être répété dans la journée et complété si besoin par des aérosols.

Les personnes âgées sont souvent porteuses d'une **prothèse dentaire**, partielle ou complète.

Du fait du vieillissement et de la perte de certaines dents, des changements se produisent régulièrement dans la bouche et il arrive que des prothèses ne soient plus adaptées. Une inflammation des tissus de la bouche peut se produire soit par des médicaments, par une mauvaise hygiène ou par une irritation prolongée due à une prothèse mal ajustée.

Il est donc recommandé que les **personnes âgées** bénéficient d'un **examen bucco-dentaire au minimum annuel**.

Le **marquage d'identification des prothèses** est conseillé dans les services de long séjour, il doit être durable, capable de résister à l'humidité et visible quand la prothèse n'est pas portée. Plusieurs techniques existent : inscription avec passage de vernis ou appareil spécifique plus onéreux.

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

Certaines interventions requièrent des soins spécifiques, comme le blocage inter-maxillaire. Il permet d'immobiliser les arcades en les solidarifiant par des moyens d'ancrage, de courte durée (environ une semaine), le plus souvent avec des élastiques ou parfois des fils d'acier.

Les soins comprennent une **hygiène bucco-dentaire** :

- nettoyage de la bouche à l'aide d'un hydropulseur, 4 à 6 fois par jour à pression très faible pour éviter de rouvrir les cicatrices endotrachéales,
- réalisation de 5 à 6 bains de bouche par jour avec un antiseptique,
- le brossage des dents est fait méticuleusement et avec douceur, après cicatrisation ou pour les malades qui n'ont pas eu d'incision au niveau de la cavité buccale.

La brosse est complémentaire pour le nettoyage des dents sous les arcs et les ligatures.

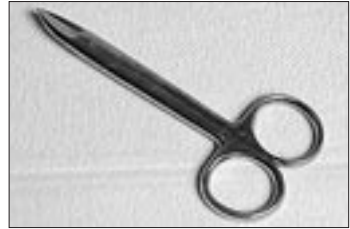
Dans certains cas, les soins seront réalisés plus souvent, suivant le protocole du service.



Une **alimentation liquide**, filtrée est recommandée en fonction de l'état dentaire. Il est important d'informer le malade d'augmenter la fréquence des repas pour diminuer au maximum la perte de poids .

Le blocage inter maxillaire au fil d'acier requiert la présence permanente d'une pince de «bebee» pour couper les fils métalliques verticaux qui assurent la contention, en cas de vomissements ou de malaise.

Ce blocage donne une sensation d'étouffement, il faut conseiller au malade de rester calme, de respirer très lentement par le nez et d'entrouvrir légèrement les lèvres.



L'information et l'éducation du malade sont indispensables pour la réalisation et le suivi des soins.

Matériel disponible à l'AP-HP en 1997

pour la réalisation d'un soin de bouche

MATÉRIEL

Prix

• Bâtonnet de soin de bouche non stérile, tête coton :	0,16 F/HT
• Bâtonnet de soin de bouche non stérile, tête mousse :	1,51 F/HT
• Bâtonnet citron glyciné, sachet de 3 :	1,49 F/HT
• Brosse à dent à usage unique	1,50 F/HT
• Trousse de soin à usage unique stérile comprenant : 1 plateau rigide et moulé, 1 abaisse-langue, 6 écouvillons 1 cupule de 50 ml, 1 tampon glyciné	3,13 F/TTC
• Set de soin bucco-dentaire non stérile	6,44 F/TTC

MÉDICAMENTS

• Polyvidone iodée Bétadine bain de bouche Fl de 125 ml	6,05 F/TTC
• Hextril [®] Fl de 200ml Monodose hététidine de 15 ml	3,34 F/TTC 1,84 F/TTC
• Givalex [®] Fl de 125 ml	4,31 F/TTC
• Eludril [®] , 90 ml (non admis à l'APHP, "K305")	11,81 F/TTC
• Solutés :	
- Eau versable 500ml	4,46 F/TTC
- Chlorure de sodium 9 ‰, 500 ml	4,08 F/TTC
- Bicarbonate de sodium 14 ‰, 500 ml	4,60 F/TTC

Synthèse des recommandations et pratiques déclarées

Les résultats des pratiques déclarées sont issues d'une enquête sur un échantillon de services hospitaliers tirés au sort dont 1543 infirmiers et aides-soignants ont répondu.

Recommandations

Pratiques
déclarées
Avril 1996*

Utilité du soin de bouche

1. Le soin de bouche doit être considéré comme
 - un soin d'hygiène
 - un soin de confort
 - parfois un soin curatif.

79%
64%
26%

2. Le soin de bouche non médicamenteux relève du rôle propre de l'infirmier. Il peut être réalisé en collaboration avec l'aide-soignant.

85%

3. Le soin de bouche avec application de produits médicamenteux est réalisé sur prescription médicale.

_**

Réalisation du soin

4. L'évaluation de l'état de la bouche est indispensable avant la réalisation du soin.

84%

Recommandations

Pratiques
déclarées
Avril 1996*

5. Le soin nécessite :	
- un lavage des mains avec un savon non anti-septique	
- le port de gants non stériles	57%
- le port d'un tablier ou d'un masque, pour les risques de projection, dans des circonstances particulières (aplasié, tuberculose, BMR).	
6. Le matériel est adapté en fonction de l'état du malade et de sa dépendance :	
- la brosse à dents est le matériel le plus efficace,	9%
- le bâtonnet coton, le bâtonnet mousse et le doigt ganté avec compresses peuvent être utilisés.	21%-11%
- le set de soin réunit l'ensemble du matériel.	21%
	14%
7. L'utilisation d'antiseptique relève d'un protocole de service ou d'une prescription médicale, les plus utilisés :	
- la polyvidone iodée (Bétadine verte [®])	5%
- l'héxétidine : Hextril [®] et Givalex [®]	49%
- l'Eludril [®] sur prescription spéciale	19%
8. Le rythme de réalisation du soin ne peut être standardisé, il dépend de l'évaluation de l'état de la bouche.	66%
9. La cavité buccale est nettoyée du fond vers le devant de la bouche sans oublier les dents, le palais, les joues et la langue.	84%
10. Le brossage de l'appareil dentaire est aussi important que celui des dents naturelles.	-
11. La prothèse est placée dans une boîte spécifique, étiquetée au nom du malade.	80%

* Les pourcentages représentent la proportion de réponses conformes à la recommandation.
- Cette recommandation n'a pas été évaluée dans l'enquête.

Recommandations

12. Le soin de bouche est noté lorsqu'il est fait.

Pratiques
déclarées
Avril 1996*
69%

13. Les résultats du soin sont retrouvés au niveau du dossier de soins.

35%

14. L'efficacité peut porter sur : l'absence de dépôt, l'haleine, l'hydratation de la bouche, la couleur et le ressenti du malade.

—

15. L'information et l'éducation du malade sont nécessaires sur :

- l'utilité d'un soin de bouche régulier,
- la technique du soin,
- le produit utilisé.

58%

23%

28%

Les spécificités du soin

16. En réanimation, si une canule de guédel est en place, il est important de la nettoyer ou de la changer à chaque soin de bouche.

—

17. En onco-hématologie, des mesures préventives sont à mettre en place avant le début du traitement.

—

18. Les éléments les plus importants de prévention des stomatites sont la fréquence et la régularité des soins dans la journée.

—

19. Lors de la prise en charge d'une personne âgée, il est nécessaire d'évaluer ses besoins et ses possibilités.

—

20. Suivant l'autonomie de la personne, il est important de la solliciter pour qu'elle réalise son brossage.

—

Recommandations

Pratiques
déclarées
Avril 1996*

21. La personne âgée doit bénéficier d'un examen bucco-dentaire au minimum annuel.

—

22. En pédiatrie, les doses d'antiseptiques sont à ajuster en fonction de l'âge de l'enfant, suivant l'avis médical.

—

23. Un blocage intermaxillaire au fil d'acier requiert la présence permanente d'une pince de "BEBEE" pour couper les fils en cas de vomissements.

—

* Les pourcentages représentent la proportion de réponses conformes à la recommandation.
- Cette recommandation n'a pas été évaluée dans l'enquête.

Références

Les articles en caractères gras correspondent à des études validées et ont servi de base à l'élaboration des recommandations.

- 1. ARMSTRONG TS., 1994, Stomatitis in the bone marrow transplant patient, an overview and proposed oral care protocol, *Cancer Nurs*, 17 (5), 403-410.
- 2. CARTER LW., 1994, Bacterial translocation : nursing implications in the care of patients with neutropenia, *Oncol Nurs Forum*, 21 (5), 857-865.
- 3. CLARKE G., 1993, Mouth care and the hospitalized patient, *Br J Nurs*, 2 (4), 225-227.
- 4. COLEMAN S., 1995, An overview of the oral complications of adult patients with malignant haematological conditions who have undergone radiotherapy or chemotherapy, *J Adv Nurs*, 22, 1085-1091.
- 5. DAEFFLER R., 1980, Oral hygiene measures for patients with cancer.I, *Cancer Nurs*, 3, 347-356.
- 6. **DECRET : n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Direction des Journaux Officiels, Paris.**
- 7. DOSE AM., 1995, The symptom experience of mucositis, stomatitis, and xerostomia, *Sem Oncol Nurs*, 11 (4)248-255.
- 8. **EILERS J., BERGER AM., PETERSEN MC., 1988, Development, testing, and application of the oral assessment guide, *Oncol Nurs Forum*, 15 (3), 325-330.**
- 9. EZZONE S., JOLLY D., REPLOGLE K., KAPOOR N., TUSCHKA PJ., 1993, Survey of oral hygiene regimens among bone marrow transplant centers, *Oncol Nurs Forum*, 20 (9), 1375-1381.
- 10. FLEURETTE J., 1995, les principales familles chimiques d'antiseptiques et désinfectants, hétéridine, in : Antisepsie et désinfection, éditions Eskra, 325-330.
- 11. GASTINNE H., WOLFF M., DELATOUR F., FAURISSON F., CHEVRET S., 1992, A controlled trial in intensive care units of selective decontamination of the digestive tract with non absorbable antibiotics, *N Engl J Med*, 326 (9), 594-599.
- 12. GEOFFROY N., 1986, Soins de la bouche, *Revue de l'Aide-Soignante*, 3, 5-6.
- 13. GOODMAN M., STONER C., 1991, Mucous membrane integrity, impairment of, related to stomatitis, in : Nolly MC, Somerville ET., Miaskowski O., Roostad M., Guidelines for oncology nursing practice, 2 n ed, Philadelphia WB Saunders, 241-247.
- 14. GRAHAM KM., PECORARO D. A., VENTURA M., MEYER C. C., 1993, Reducing the incidence of stomatitis using a quality assessment and improvement approach, *Cancer Nurs*, 16 (2), 117-122.

-
- 15. GUIGNARD JP., 1988, Hygiène bucco-dentaire, du nouveau, Revue de l'Aide-Soignante, 3, 15-17.
 - 16. HIGASHITSUTSUMI M., KAMOI K., MIYATA H., OHGI S., SHIMIZU T., KOIDE K., NAKAJIMA S., KOJIMA T., NISHIZAWA S., SAKAMOTO M., TUCHIYA T., HATAE S., 1993, Bactericidal effects of povidine-iodine solution to oral pathogenic bacteria in vitro, Postgrad Med J, 69, S10-S14.
 - 17. JENKINS DA., 1989, Oral care in the ICU : an important nursing role, Nurs Standard, 8 (4), 24-28.
 - 18. KENNY SA., 1990, Effect of two oral care protocols on the incidence of stomatitis in hematology patients, Cancer Nurs, 13 (6), 345-353.
 - 19. KERVER ALBERTUS. JH., ROMMES JOHANNES. H., MEVISSSEN-VERHAGE EA., HULSTAERT PIETER F., VOS A., VERHOEF J., WITTEBOL P., 1988, Prevention of colonization and infection in critically ill patients : a prospective randomized study, Crit Care Med, 16 (11), 1087-1093.
 - 20. KOZIER, ERB, 1983, Hygiène buccale in : Soins Infirmiers, une approche globale, Editions du Renouveau Pédagogique, Paris, 20, 503-509.
 - 21. LARRE R., 1980, Considération sur la santé bucco-dentaire des handicapés mentaux, Extrait d'une thèse, Hasparren, 7-35.
 - 22. LUTHERT JM., ROBINSON, 1993, Care of patients at risk of, or with, oral complications in : Manual of standards of care, Blackwell, 119-122.
 - 23. McCLOSKEY JC, BULECHEK GM, 1996, Classification des interventions infirmières, Maloine Décarie, 366.
 - 24. MONDIE JM., 1993, Cancer de la langue, épidémiologie, diagnostic, traitement, Rev Prat, 43 (6), 781-786.
 - 25. NIEWEG R., POELHUIS EK., ABRAHAM-INPIJN L., 1992, Nursing care for oral complications associated with chemotherapy. A survey among members of the Dutch oncology nursing society, Cancer Nurs, 15 (5), 313-321.
 - 26. PEARSON LS., 1996, A comparaison of the ability of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque: implications for nursing practice, J Adv Nurs, 23, 62-69.
 - 27. PEATE I., 1993, Nurse-administered oral hygiene in the hospitalized patient, Br J Nurs, 2 (9), 459-462.
 - 28. PRIOUR A., 1995, La prévention des mucites, une étude sur la compliance aux bains de bouche, Soins Pédiatrie Puériculture, 166, 32-33.
 - 29. PUGIN J., Auckenthaler R., Lew DP., Suter PM., 1991, Oropharyngeal decontamination decreases incidence of ventilator-associated pneumonia. A randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial, JAMA, 265 (20), 2704-2710.
 - 30. RAHN R., 1993, Review presentation on povidone-iodine antiseptics in the oral cavity, Postgrad Med J, 69, (3), S4-S9.
-

-
- 31. ROGEZ E., 1994, Les soins de bouche, *Revue de l'Aide-Soignante*, 11, 19-20.
 - 32. ROMANET Ph., 1983, Essai de Bédatine gargarisme dans le traitement des langues noires, *J Fr Otorhinolaryngol*, 32 (9), 589-591.
 - 33. RUER M., HELJACK G., 1992, L'importance des soins de bouche en phase terminale, *Objectif Soins*, 1, 48-50.
 - 34. SCANNAPIECO FA., STEWART EM., MYLOTTE JM., 1992, Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients, *Crit Care Med*, 20 (6), 740-744.
 - 35. SHORTHOUSE L., 1996, Researching mouth care in the ICU, *Focus on Quality*, 5, 25-30
 - 36. SIMONIN E., DOUARRE M., 1996, Prévenir et traiter les mucites et stomatites, *Profession Infirmière*, 50/51, 24-25.
 - 37. STOCCO JP., 1994, Les bâtonnets pour soins de bouche, *Mémoire de DES de pharmacie hospitalière, Université PARIS V*, 32 p.
 - 38. TENENBAUM MP., 1987, La santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées, *Guide de l'intervenant, Département de santé communautaire - Centre hospitalier de Verdun, Bibliothèque Nationale du Québec, Canada* 118p
 - 39. THUAULT F., 1994, La plaque dentaire, *Porphyre*, 303, 22-23.
 - 40. THURGOOD G., 1994, Nurse maintenance of oral hygiene, *Br J Nurs*, 3 (7), 332-353.
 - 41. TITLER MG., PETTITD., BULECHECKGM., McCLOSKEY JC., CRAFT MJ, COHEN MZ., CROSSLEY JD, DENEHY JA., GLICK OJ., KRUCKEBERG TW., MAAS ML., PROPHET ML., REIMER TT, 1991, Classification of nursing interventions for care of the integument, *Nurs Diagnosis*, 2, 45-56.
 - 42. TOMBES M. B., GALLUCCI B., 1993, The effects of hydrogen peroxide rinses on the normal oral mucosa, *Nurs Res*, 42 (6), 332-337.
 - 43. TRENTER ROTH P., CREASON NS., 1986, Nurse administered oral hygiene : is there a scientific basis?, *J Adv Nurs*, 11, 323-331.
 - 44. TREOLAR DM., STECHMILLER JK., 1995, Use of a clinical assessment tool for orally intubated patients, *Am J Crit Care*, 4 (5), 355-360.
 - 45. VINCENT I., SCHMIT B., HOUZE S., BENHAIEM N., JACQUES L., TABURET AM., 1995, Bains de bouche antifongiques : étude de stabilité, *J Pharm Clin*, 14, 106-11.
 - 46. WATSON R. , 1989, Care of the mouth, *Nursing*, 3 (44), 20-24.
 - 47. WILLIAMS LT., O'DWYER JL., 1983, Guidelines for oral hygiene, denture care, and nutrition in patients with oral complications, in : Peterson DE., Sonis ST., oral complications of cancer chemotherapy, Martinus Nijhoff Publishing the Hague/Boston/London, 151-168.
 - 48. ZERBE MB., PARKERSON SG., ORTLIEB ML., SPITZER T., 1992, Relationships between oral mucositis and treatment variables in bone marrow transplant patients, *Cancer Nurs*, 15 (3), 196-205.
-
