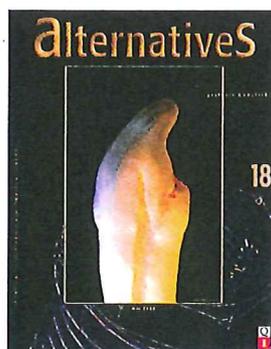


Lacoste-Ferré M.-B.

Blandin M.

Lodier J.-Ph.

# Présentation d'un gel destiné aux porteurs de prothèses amovibles



Extrait d'AlternativeS - N° 18 / Mai 2003

**Q**UINTESSENCE  
**I**nternational

11 bis, rue d'Aguesseau - 75008 Paris  
Tél. 01 43 12 88 11 - Fax 01 43 12 88 08  
E-mail : [quintess@wanadoo.fr](mailto:quintess@wanadoo.fr)

# Présentation d'un gel destiné aux porteurs de prothèses amovibles\*

**L'**action iatrogène des prothèses amovibles conventionnelles se traduit par une fragilisation des tissus de soutien évoluant vers la stomatite sous-prothétique. Elle est d'autant plus importante que les patients sont âgés et que leur état général diminue leur faculté d'adaptation. Le concept nouveau d'un produit de soins spécifique adressé à ces patients paraît tout à fait intéressant. Une étude préliminaire sur un échantillon de patients édentés complets porteurs de prothèses amovibles atteints ou non de stomatite sous-prothétique, d'âge et d'état de santé différents, montre l'efficacité et la pertinence de l'utilisation d'un gel à base de triesters de glycérol oxydés pour la grande majorité de ces patients. L'application de ce gel va participer à l'entretien quotidien des muqueuses et à l'amélioration du port et de l'intégration des prothèses.

## La stomatite sous-prothétique<sup>3,4, 6-11</sup>

Le port des prothèses amovibles va entraîner une irritation mécanique provoquée par l'ensemble de la charge occlusale et le frottement inévitable de la base prothétique sur la muqueuse.

Progressivement, la fibromuqueuse va se fragiliser et être le siège d'un phénomène inflammatoire chronique, appelé stomatite sous-prothétique.

\* Étude clinique réalisée sur des patients porteurs de prothèses amovibles complètes.

Elle touche 50 % des porteurs de prothèses amovibles complètes, surtout au maxillaire. Elle est associée à une chéilite ou à une glossite dans 20 à 30 % des cas.

Le facteur étiologique aggravant de cette stomatite prothétique est la présence de micro-organismes sur l'intrados des prothèses. L'infection est surtout due à une colonisation par des candida albicans.

Pour certains auteurs, tels Budtz-Jørgensen (1990), Davenport (1970), Renner<sup>7</sup> (1979), la stomatite prothétique est d'origine candidosique : le candida albicans est un organisme saprophyte qui devient pathogène ; ceci est lié à un déséquilibre de la flore buccale, conséquence de l'insertion des prothèses. Pour Walter<sup>7</sup> (1985), le candida albicans est un organisme opportuniste qui profiterait d'une inflammation préexistante pour proliférer. Quelle que soit l'étiologie candidosique ou infectieuse, c'est la prothèse qui vient modifier l'environnement buccal.

Les travaux de Kleinfinger<sup>7</sup> (1971) ont montré que le pH salivaire diminue chez l'édenté complet appareillé (6,23), ce qui favorise le développement des candidas albicans. Cette acidose prothétique favorise la prolifération candidosique, une diminution du flux salivaire et une modification de la qualité de la salive.

Il faut préciser qu'outre la présence des prothèses, un état général affaibli, une hygiène souvent déficiente et la xérostomie, effet secondaire de médicaments sédatifs exposent davantage certains patients à la candidose ; en particulier les patients âgés. Paradoxalement, quelles que soient la gravité et l'étendue des lésions, la stomatite prothétique passe inaperçue pour la plu-



1. Patiente récemment édentée et appareillée – on note une parfaite santé muqueuse.

part des patients. Ils se plaignent rarement de douleurs aiguës, mais décrivent plutôt une gêne. En fait, il existe plusieurs formes cliniques de la stomatite prothétique et un certain nombre d'auteurs ont proposé une classification. Nous retiendrons la classification de Budtz-Jørgensen (1974) qui est issue de la classification de Newton<sup>7</sup> (1962).

#### Classification de Budtz-Jørgensen :

*Type 1 (ou forme localisée simple)* : La muqueuse palatine présente des taches rouges en rapport avec les orifices des glandes muqueuses. On observe des aires inflammatoires localisées. Le reste de la muqueuse a un aspect clinique normal. La région centrale du palais semble le plus souvent atteinte **fig. 2**.



2. Classification de Budtz-Jørgensen Type 1 ou forme localisée simple.

*Type 2 (ou forme généralisée simple)* : L'inflammation atteint la presque totalité de la muqueuse palatine. La muqueuse, en regard de la prothèse, présente un aspect clinique érythémateux, oedémateux, satiné **fig. 3**.



3. Classification de Budtz-Jørgensen Type 2 ou forme généralisée simple.

*Type 3 (ou hyperplasie papillaire inflammatoire)* : Le palais, et essentiellement la partie centrale, présente des formations inflammatoires hyperplasiques qui peuvent prendre la forme de papilles larges de 2 à 5 mm à la base ; dans ce cas, on parle de type mousse ou papillaire **fig. 4**.



4. Classification de Budtz-Jørgensen Type 3 ou hyperplasie papillaire inflammatoire – on note la présence d'hyperplasies fissuraires. (Photo : Dr Michel Dabadie)

■ État de santé général des patients :

**Tableau II – État de santé général des patients**

État de santé	Excellent	Bon	Moyen	Médiocre
Hommes	7	1		2
Femmes	16	3	5	5

■ Dextérité des patients :

**Tableau III – Dextérité des patients**

Dextérité	Bonne	Mauvaise
Hommes	10	0
Femmes	24	5

■ État prothétique des patients :

8 patients sont appareillés avec de nouvelles prothèses.  
 12 patients sont appareillés avec des prothèses demandant quelques modifications.  
 17 patients sont appareillés avec des prothèses ne demandant aucune modification.

**Résultats**

La fréquence des applications est de 2 fois par jour pour 12 patients et de 3 fois par jour pour 25 patients.  
 Deux groupes de patients peuvent être distingués :

- **1<sup>er</sup> groupe : 8 patients appareillés avec de nouvelles prothèses**

■ Évaluation clinique locale :

Les patients n'ont pu être classés selon la classification de Budtz-Jørgensen.

Pour 3 patients, il s'agit du passage à l'édentation complète : ils ont subi les dernières avulsions et portent donc des prothèses complètes pour la première fois. On observe une très bonne cicatrisation (malgré des problèmes parodontaux et une pathologie diabétique). Il n'y a pas eu de douleur postopératoire, ni de médication par voie générale. Les prothèses complètes transitoires ont été parfaitement intégrées pour les 3 patients.

Pour 5 patients, il s'agit de la mise en place de nouvelles prothèses. L'intégration s'est faite dès la première semaine : pas de blessure, pas d'ulcération.

■ Évaluation par le patient :

Le gel est très efficace sur la douleur pour les 8 patients et apporte confort et bien-être pour 6 patients ; 2 patients ne se prononcent pas.

4 patients éprouvent le besoin de continuer l'application du gel.

2 patients n'éprouvent pas le besoin de continuer, un patient ne sait pas et un autre patient l'applique seulement pendant la cicatrisation.

- **2<sup>e</sup> groupe : 29 patients déjà appareillés**

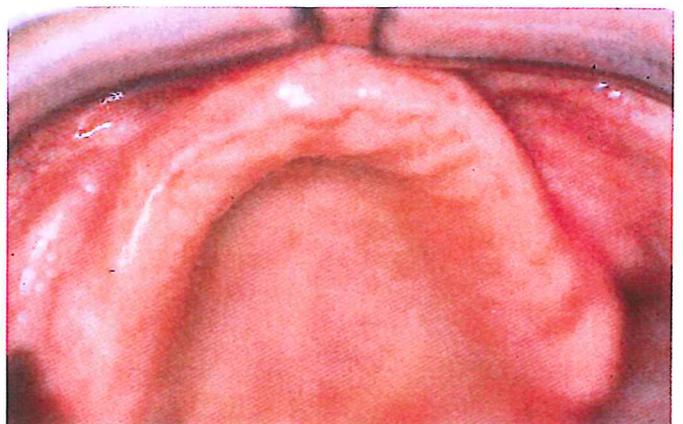
■ Évaluation clinique locale :

Les patients sont classés en 4 groupes selon la classification de Budtz-Jørgensen :

- **Type 0 : 3 patients** fig. 5 et 6



5. Type 0 : patiente très âgée (90 ans) qui présente une parfaite santé muqueuse malgré une sévère résorption osseuse.



6. Type 0 : autre patiente avec une surface d'appui normale.

Deux patients sont très âgés (88 et 92 ans) et 1 patiente est anorexique. On observe une amélioration de la texture et de la tonicité des muqueuses. Cette amélioration est notée dès la première semaine.

– *Type 1* : 13 patients **fig. 7**

Six patients décrivent une gêne et des douleurs diffuses, 4 patients présentent des muqueuses fines avec quelques ulcérations, 2 patients ont une hygiène insuffisante, 1 patient présente une sécheresse buccale modérée.

On observe une amélioration progressive vers le type 0.



7. Classification de Budtz-Jørgensen Type 1 ou forme localisée simple.

– *Type 2* : 6 patients **fig. 8**

Cinq patients porteurs de prothèses inadaptées décrivent une gêne et des douleurs diffuses, 1 patient présente une sécheresse buccale.



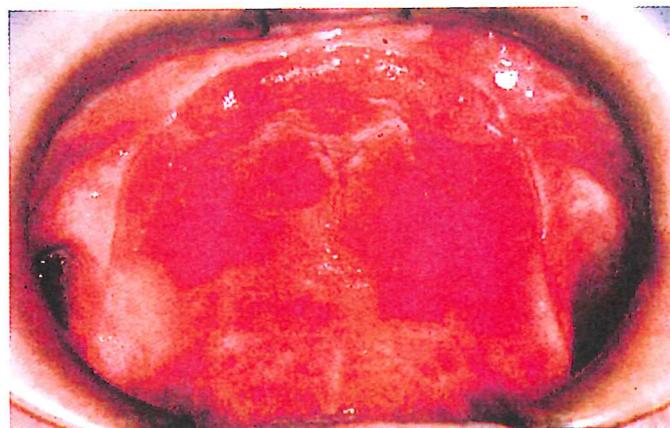
8. Classification de Budtz-Jørgensen Type 2 ou forme généralisée simple.

On observe une amélioration rapide vers le type 0 dès la première semaine d'application du gel.

– *Type 3* : 7 patients **fig. 9**

Les 7 patients décrivent une gêne et des douleurs permanentes. Deux patients présentent des hyperplasies fissuraires, 1 patient présente des hyperplasies papillaires, 1 patient présente une sécheresse buccale sévère avec une candidose oropharyngée associée, qui est traitée conjointement et spécifiquement.

On observe une amélioration vers le type 1 au bout de 2 semaines d'application. L'amélioration vers le type 0 a été obtenue au bout de 1 mois d'application (à la demande des patients).



9. Classification de Budtz-Jørgensen Type 3 ou hyperplasie papillaire inflammatoire.

■ Évaluation par le patient :

- 24 patients trouvent le gel très efficace sur la douleur et la gêne ressentie ;
- 24 patients trouvent que le gel apporte confort et bien-être : "je me sens mieux si j'applique le gel", "mes gencives ne serrent plus", "je n'ai plus les gencives aussi fatiguées en fin de journée" ;
- 27 patients reconnaissent une amélioration dès l'application et durant quelques heures ;
- 19 patients éprouvent le besoin de continuer l'application ;
- 3 patients éprouvent le besoin de continuer si douleur ou blessure ;
- 7 patients n'éprouvent pas le besoin de continuer.

Tableau IV – Intention du patient de poursuivre le traitement

	Type 0	Type 1	Type 2	Type 3
Éprouve le besoin de continuer	1	7	4	7
Éprouve le besoin de continuer si douleur ou blessure	0	2	1	0
N'éprouve pas le besoin de continuer	2	4	1	0

## Discussion

Pour les 8 patients porteurs d'une nouvelle prothèse, l'application du gel a constitué une aide efficace dans la gestion de la douleur postopératoire comme dans l'intégration des prothèses. On peut cependant regretter que seuls la moitié des patients aient pris conscience de la nécessité de l'entretien de leurs muqueuses et forment le désir de continuer l'application du gel.

Pour les 29 patients déjà appareillés, quelle que soit l'adaptation de leurs prothèses, l'application régulière du gel conduit à la disparition des signes cliniques de la stomatite prothétique relativement rapidement (1 à 2 semaines pour les types 1 et 2, 1 mois pour les types 3). On peut penser que le pH élevé du gel tend à modifier les conditions locales en augmentant le pH local acide, facteur favorisant, puis aggravant de la stomatite prothétique.

24 patients reconnaissent l'efficacité du gel : efficacité sur la douleur et la guérison des lésions, amélioration du confort et du bien-être.

Les 2 patients les plus âgés ne peuvent se déterminer sur l'efficacité et l'amélioration apportées par le gel. Classés type 0 dès la première consultation, ils n'éprouvent pas le besoin de continuer. L'application du gel fait prendre conscience à 19 patients de la nécessité de l'entretien de leurs muqueuses puisqu'ils désirent continuer l'application malgré la disparition des signes cliniques. Les 7 patients présentant les lésions les plus sévères reconnaissent tous l'efficacité du gel et éprouvent tous le besoin de continuer.

## Conclusion

Cette étude préliminaire a porté sur un échantillon de patients édentés complets porteurs de prothèses amovibles atteints ou non de stomatite sous-prothétique, d'âge et d'état de santé différents.

Elle montre l'efficacité et la pertinence de l'utilisation d'un gel à base de triesters de glycérol oxydés pour la grande majorité de ces patients.

Le concept nouveau d'un produit de soins spécifique des patients porteurs de prothèses amovibles paraît tout à fait intéressant tant pour les patients qui peuvent quotidiennement entretenir leurs muqueuses que pour les praticiens qui peuvent améliorer le port et l'intégration des prothèses.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Blandin M, Pomar Ph, Soulet H. Spécificités gériatriques en prothèse complète et maxillo-faciale, *Info dentaire* n° 2, 13 janv 1994;101-110.
2. Ettinger RL. Les besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées, *Info dentaire* n° 2, 13 janv 1994;111-113.
3. Le Bars P. Influence du vieillissement sur la muqueuse palatine en prothèse totale, Thèse 3<sup>e</sup> cycle DSO, Nantes, 1992.
4. Ship JA, Baum BJ. Old age in health and disease, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;76:40-43.
5. Pompignoli M. Buccagel de Carilène, *Alternatives* n° 5, 2000;53.
6. Budtz Jørgensen E, Mojon Ph. Épidémiologie de l'édentement total, *Réalités Cliniques*, 1997;8(4)359-357.
7. Giumelli B. Étude de la muqueuse palatine en microscopie électronique chez des sujets normaux ou porteurs de prothèse amovible, Thèse de doctorat d'État en odontologie, Nantes, 1993.
8. Hildebrand HF, Veron Ch, Elagli K, Donazzan M. Réactions tissulaires aux ports des appareils de prothèse dentaire partielle ou totale, *Encycl Méd Chir, Paris. Odont* 23325-P-10, 1995;7.
9. Kydd W, Daly C. The biologic and mechanical effects of stress on oral mucosa, *J Prosthet Dent*, Mar 82;47(3):317-329.
10. Sloan P, Picardo M, Schor SL. The structure and function of oral mucosa, *Dental Update*, June 1991;18(5):208-212.
11. Le Bars P, Giumelli B. Traitements de la stomatite prothétique, *Cah Prothèse*, Juin 1994;86:60-71.
12. Laboratoire Carilene : Comptes rendus et documentations personnelles. [www.carilene.fr](http://www.carilene.fr)

Lacoste-Ferré M.-H.  
Blandin M.  
Lodter J.-Ph.

Centre de Soins dentaires des Hôpitaux de Toulouse  
Centre de Rangueil  
3, chemin des Maraîchers  
31403 Toulouse Cedex 4  
Téléphone : 05 61 32 20 30

