

UNIVERSITÉ DE NANTES

**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE**

Année 2005

Thèse n° 33

**Prise en charge de l'adulte psychotique en
odontologies conservatrice et chirurgicale**

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

*Présentée
et soutenue publiquement par :*

LAREYNIE Baptiste

Né le 2 octobre 1979

Le 2 octobre 2006, devant le jury ci-dessous :

*Président : Monsieur Le Professeur Alain JEAN
Assesseur : Monsieur le Professeur Jean Marie VANNELLE*

*Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Olivier LABOUX
Co-directrice de thèse : Mademoiselle le Docteur Cécile Dupas*

INTRODUCTION.....	1
1 Présentation du patient psychotique.....	3
1.1 Définitions	3
1.1.1 Définition de la psychose	3
1.1.2 Problématique de la classification des troubles psychotiques.....	3
1.2 Descriptions cliniques des différentes affections "dites" psychotiques d'après le modèle de classification français	5
1.2.1 La schizophrénie	5
1.2.1.1 Rappels épidémiologiques.....	5
1.2.1.1.1 Epidémiologie descriptive.....	5
1.2.1.1.2 Epidémiologie analytique	6
1.2.1.2 Etiologies possibles	7
1.2.1.2.1 Mécanismes génétiques.....	8
1.2.1.2.2 Mécanismes physiopathologiques.....	8
1.2.1.3 Signes cliniques	8
1.2.1.3.1 Critères diagnostiques des classifications internationales.....	8
1.2.1.3.2 Séméiologie de la schizophrénie.....	10
1.2.1.4 Formes cliniques.....	13
1.2.1.4.1 Formes de début.....	13
1.2.1.4.2 Formes cliniques d'état.....	15
1.2.1.5 Diagnostic différentiel	16
1.2.2 Les psychoses non schizophréniques : délires chroniques.....	17
1.2.2.1 La psychose hallucinatoire chronique (PHC)	17
1.2.2.2 Les délires paranoïaques.....	17
1.2.2.3 La paraphrénie	19
1.2.2.4 Diagnostics différentiels	19
1.3 Traitements médicaux des psychoses et délires chroniques.....	19
1.3.1 Schizophrénie	20
1.3.1.1 Cure neuroleptique.....	20
1.3.1.1.1 Posologie.....	21
1.3.1.1.2 Effets secondaires	21
1.3.1.2 Traitements médicaux associés le plus fréquemment	22
1.3.1.2.1 Benzodiazépines	22
1.3.1.2.2 Thymorégulateurs.....	22
1.3.1.2.3 Antidépresseurs.....	23
1.3.1.2.4 Sismothérapie.....	23
1.3.2 Traitements de la PHC	24
1.3.3 Traitements des délires paranoïaques.....	24
1.3.4 Traitements de la paraphrénie	24
1.4 Evolution et pronostic.....	24
1.4.1 Devenir du patient psychotique.....	24
1.4.1.1 Evolution des schizophrénies.....	24
1.4.1.2 Facteurs pronostiques	
1.4.2 Evolution des délires chroniques)	24

1.5	<i>Situation sociale du patient psychotique</i>	27
1.5.1	Chiffres de la désinstitutionalisation en psychiatrie.....	27
1.5.2	Conditions de vie du patient psychotique	27
1.5.3	Conséquences et enjeux dans la pratique dentaire	28

2 Précautions et conduite à tenir vis à vis du patient psychotique au cabinet dentaire avant l'exécution des soins..... 30

2.1	<i>De la difficulté de la collaboration et du dépistage des patients psychotiques au cabinet dentaire</i>	30
-----	---	----

2.2	<i>Points spécifiques à souligner lors de l'interrogatoire et de l'anamnèse</i>	31
-----	---	----

2.2.1	Circonstances de l'interrogatoire médical.....	31
2.2.2	Médications et leurs effets secondaires.....	33
2.2.3	Historique de la maladie.....	33
2.2.3.1	Stabilité de la maladie.....	33
2.2.3.2	Dépistages des conduites addictives	34
2.2.4	Situation sociale du patient	36
2.2.5	Prise de contact avec le psychiatre	37

2.3	<i>Circonstances et données de l'examen clinique extra buccal</i>	38
-----	---	----

2.3.1	Attitude/aspect du patient.....	38
2.3.2	Discours.....	39
2.3.2.1	Qualité du discours	39
2.3.2.2	Motif de consultation du patient	39
2.3.2.3	Descriptions de troubles psychosomatiques	39
2.3.2.3.1	Douleur faciale chronique idiopathique	40
2.3.2.3.2	Dysmorphophobie.....	41
2.3.2.3.3	Troubles psycho muqueux	42
2.3.3	Troubles gestuels et posturaux	43
2.3.3.1	Dystonie aiguë	44
2.3.3.2	Akathisie.....	44
2.3.3.3	Pseudoparkinsonisme	44
2.3.3.4	Dyskinésie tardive	45
2.3.3.5	Conséquence sur l'exercice dentaire.....	45

2.4	<i>Données spécifiques de l'examen Intrabuccal</i>	45
-----	--	----

2.4.1	Hyposialie et xérostomie.....	46
2.4.1.1	Récapitulatif des médicaments sialoprives utilisés dans le traitement des patients psychotiques	47
2.4.1.2	Caractéristiques et rôles de la salive	48
2.4.1.3	Signes cliniques de l'hyposialie.....	48
2.4.1.4	Conséquences cliniques de l'hyposialie médicamenteuse	49
2.4.2	Hypersialorrhée et clozapine : une illusion ?	50
2.4.3	Inspection des tissus mous	50
2.4.3.1	Candidoses.....	50
2.4.3.2	Troubles parodontaux	52
2.4.3.3	Inspection dentaire.....	52
2.4.3.3.1	Données épidémiologiques sur le risque carieux des patients psychotiques.....	52
2.4.3.3.2	Détermination des facteurs influençant l'état buccal des patients psychotiques	52
2.4.3.3.3	Aspects cliniques des lésions carieuses.....	58
2.4.3.4	Halitose.....	58

2.5	<i>Problématique de l'établissement d'une relation chirurgien-dentiste patient pérenne et d'un contrat de soins satisfaisant et adapté</i>	59
2.5.1	Etablissement du plan de traitement et aptitude du patient à consentir	59
2.5.2	Problème de l'observance des rendez-vous	60
2.5.2.1	Le non-respect des rendez-vous par le patient psychotique : causes et état des lieux.....	61
2.5.2.2	Prise en charge du patient psychotique séjournant en milieu hospitalier.....	61
2.5.2.3	Prise en charge du patient psychotique non hospitalisé	62
2.5.3	Approche psychologique.....	63
2.5.3.1	Les troubles de l'humeur et de la personnalité chez le patient psychotique	63
2.5.3.1.1	Schizophrénie et dépression.....	63
2.5.3.1.2	Troubles de la personnalité et psychose.....	64
2.5.3.2	Conduite à tenir.....	64
2.5.4	Apport de l'entourage.....	65
2.5.4.1	Entourage familial	65
2.5.4.2	Entourage médical	65

3 Mesures préventives **66**

3.1	<i>Maintien de l'hygiène</i>	66
3.1.1	Motivation	66
3.1.2	Méthode d'apprentissage du brossage.....	67
3.2	<i>Directives diététiques</i>	67
3.3	<i>Prise en charge de l'hyposialie</i>	68
3.3.1	Evaluation quantitative de l'hyposialorrhée.....	68
3.3.1.1	Collection de salive non stimulée	68
3.3.1.2	Collection de salive stimulée.....	68
3.3.1.3	Autres mesures du débit salivaire	69
3.3.1.4	Conditions nécessaires à l'obtention de données fiables	69
3.3.2	Traitements possibles	70
3.3.2.1	Traitement étiologiques	70
3.3.2.2	Stimulants gustatifs et mécaniques.....	70
3.3.2.3	Stimulation sécrétoire systémique	71
3.3.2.4	Humidification de la bouche.....	73
3.4	<i>Intérêts des apports fluorés et antiseptiques</i>	74
3.4.1.1	Apports fluorés topiques supplémentaires	74
3.4.1.1.1	Gels	75
3.4.1.1.2	Bain de bouche.....	75
3.4.1.1.3	Vernis.....	76
3.4.1.2	Chlorhexidine	76
3.5	<i>Mesures spécifiques de prévention chez les patients séjournant en milieu hospitalier</i>	77
3.5.1	Précautions à prendre en cas de sismothérapie	77
3.5.2	Rôle du personnel soignant dans la prévention des affections bucco-dentaires... ..	78

4	Spécificité des traitements et soins lors de l'exécution d'actes d'odontologies conservatrice et chirurgicale	79
4.1	<i>Problèmes opératoires et leurs conséquences.....</i>	79
4.1.1	Déroulement des soins	79
4.1.2	Choix des matériaux d'obturation coronaire.....	80
4.1.3	Considérations sur la pratique de l'endodontie chez le patient psychotique.....	81
4.1.4	Indications et modalités des moyens de sédation.....	83
4.1.4.1	Indications	83
4.1.4.2	Précautions particulières à prendre	85
4.1.4.2.1	Prémédication sédative	85
4.1.4.2.2	Sédation consciente Intraveineuse	86
4.1.4.2.3	Sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote	86
4.1.4.2.4	Anesthésie générale	87
4.2	<i>Interactions médicamenteuses chez le patient psychotique dans le cadre de l'exercice odontologique.....</i>	87
4.2.1	Interactions médicamenteuses avec les composants de l'anesthésie locale.....	87
4.2.1.1	Molécules anesthésiques.....	87
4.2.1.2	Vasoconstricteurs.....	87
4.2.1.3	Méthodes d'injection	89
4.2.2	Interactions médicamenteuses avec nos prescriptions potentielles.....	89
4.2.2.1	Antalgiques.....	89
4.2.2.2	Antiémétiques.....	90
4.2.2.3	Antibiotiques	90
4.2.2.4	Anti-inflammatoires.....	91
4.3	<i>Précautions à prendre lors des actes liées à l'état général spécifique du patient psychotique</i>	91
4.3.1	Leucopénie et agranulocytose	92
4.3.2	Trouble de la crase sanguine	95
4.3.3	Hypotension orthostatique.....	95
	CONCLUSION.....	96
	Références bibliographiques	97
	Table des Illustrations	117
	Annexe.....	118

INTRODUCTION

Au-delà des clichés caricaturaux véhiculés par les médias de divertissement, la psychose reste une pathologie mentale grave, qui peut imprégner et handicaper durablement la vie du sujet qui la contracte.

Certes, depuis l'utilisation des neuroleptiques et notamment des neuroleptiques atypiques, ces affections sont de mieux en mieux soignées. L'ère de l'internement systématique pour une période indéfinie et du confinement de ces malades au sein des services hospitaliers psychiatriques fermés semble aujourd'hui révolue. La volonté de désinstitutionnalisation affichée par les thérapeutes et favorisée par le succès des nouvelles molécules et la multiplication des structures de suivi va amener le chirurgien-dentiste à être de plus en plus confronté à ces patients en milieu ambulatoire.

Les études épidémiologiques recensées dans cette thèse concernant l'état bucco-dentaire des patients psychotiques livrent toutes un constat peu glorieux. Elles concluent sur la nécessité d'une prise en charge accrue de cette population par les chirurgiens-dentistes. Une pratique efficace et raisonnable de l'exercice odontologique chez ces sujets nécessite quelques précautions et des efforts supplémentaires à fournir de la part du praticien. Les complications engendrées par les psychoses sont nombreuses, variées et couvrent à peu près tous les domaines de notre champ d'exercice, du pur relationnel avec le patient jusqu'à l'exécution des actes. Malheureusement, trop peu de praticiens ont connaissance des précautions à prendre, des conduites à tenir ainsi que des solutions thérapeutiques existantes pour faciliter l'exécution de soins bucco-dentaires chez cette population.

Les chirurgiens-dentistes pourtant ne peuvent être rendus seuls responsables du mauvais constat épidémiologique évoqué dans le paragraphe précédent. En effet, outre des traitements neuroleptiques provoquant une hyposialie et une incurie manifeste chez ces malades, le psychotique est un patient dont la collaboration reste très complexe et parfois impossible à obtenir et dont la versatilité ne peut que nuire à une relation soignant-soigné durable et forte... Ainsi, il est trop souvent illusoire d'établir un plan de traitement global incluant l'éradication de tous les foyers infectieux en bouche et une remise en état fonctionnel complète de la bouche du malade. C'est pour cela que nous n'évoquerons dans cette thèse que les odontologies conservatrice et chirurgicale, qui constituent les premières étapes d'une réhabilitation bucco-dentaire, même si, en fonction du patient et de la qualité de la relation

établie pendant les soins, une réhabilitation complète reste toujours possible et bien entendu souhaitable.

Dans une première partie, nous chercherons à définir la psychose et nous en détaillerons les caractéristiques à la fois sur le plan médical et sur le plan social afin de mieux cerner le patient psychotique. Dans la deuxième partie, nous évoquerons les spécificités rencontrées lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique du psychotique ainsi que les difficultés relationnelles que le chirurgien-dentiste sera susceptible, alors, de rencontrer. La troisième partie développera les modalités des moyens préventifs mis à notre disposition pour gérer les risques infectieux et traumatiques de ces patients. Et enfin, dans une quatrième et dernière partie, nous détaillerons les problèmes rencontrés au cours des actes d'odontologies conservatrice et chirurgicale, les précautions à prendre liées à l'état général du patient, les interactions médicamenteuses à éviter ainsi que les solutions thérapeutiques mises à notre disposition pour effectuer des soins de qualité et adaptés à l'état psychologique et bucco-dentaire du patient psychotique.

1 Présentation du patient psychotique

1.1 Définitions

1.1.1 Définition de la psychose

Historiquement le terme de "psychose" a connu de nombreuses définitions. La psychose est décrite pour la première fois en 1845 par Feuchtersleben. Ce terme est rapidement inclus dans une paire contrastée à la fois médicale, étiologique, et juridique sous forme d'opposition binaire "psychose-névrose" (50;133). Aujourd'hui encore, certains dictionnaires médicaux définissent la psychose comme un nom générique de maladies mentales où *"le sujet n'est pas conscient du désordre de sa personnalité, contrairement à celui qui souffre de névrose et qui se rend compte du caractère pathologique de ses troubles"* (49). Cette définition peut cependant paraître quelque peu dépassée de nos jours. En effet, depuis sa description, le sens du mot psychose et ses caractéristiques cliniques ont évolué tout au long de l'histoire de la psychiatrie... La définition, plus complète, du dictionnaire des termes psychiatriques (69) paraît plus d'actualité. Les psychoses y sont définies comme *"les affections mentales les plus sévères comportant une atteinte globale et profonde de la personnalité"*. Leurs aspects typiques comportent : *"une symptomatologie majeure, caractéristique s'il s'agit par exemple d'idées délirantes ou hallucinations ; une altération du contact avec ce qu'il est convenu d'appeler la réalité ; une diminution ou une absence de conscience ou de critique vis-à-vis du vécu pathologique, avec croyance à son égard ; d'importantes altérations de la personne, fréquemment accompagnées de perturbations de la relation au monde extérieur, en particulier des conduites, avec parfois isolement ; une impression générale d'étrangeté des troubles ; une évolution le plus souvent réservée"*. L'inconstance de ces critères et leur subjectivité font de la notion de psychose, un sujet controversé chez les psychiatres. Cependant, ce sont à ces caractéristiques cliniques que la majorité des praticiens fait appel.

1.1.2 Problématique de la classification des troubles psychotiques

Malgré l'absence de consensus international et scientifique autour de la notion de psychose, les troubles psychotiques sont individualisés sous formes cliniques dans les classifications des pathologies mentales DSM IV (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) (4) et CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision) (99). La Classification DSM IV différencie la schizophrénie et les autres troubles psychotiques (liste

exhaustive des troubles ne répondant pas aux critères de temps et d'évolution de la schizophrénie ou d'étiologie organique ou toxique, avec tout de même une notion centrale de délire). La CIM 10 retient quant à elle les troubles psychotiques aigus ou transitoires ainsi que les autres troubles psychotiques non organiques.

Dans la pratique, les psychiatres allemands et français décrivent des formes aiguës (principalement la bouffée délirante aiguë) et des formes chroniques (135). Ces formes chroniques se répartissent elles-mêmes entre les psychoses schizophréniques (c'est à dire les différentes formes cliniques de la schizophrénie apparaissant à la puberté ou chez le jeune adulte et qui sont marquées par la prédominance de la dissociation) et les psychoses non schizophréniques ou délires chroniques (le délire paranoïaque, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie, affections où la notion de dissociation est absente).

Alors que le qualificatif de psychotique renvoie à une altération durable et profonde de l'appréhension de la réalité, les critères de durée pour différencier les psychoses aiguës et chroniques sont actuellement de 3 mois de phase active dans la classification CIM 10 (99) contre 1 mois dans la classification DSM IV (si la crise s'inscrit préalablement dans une période de 6 mois de dysfonctionnement) (4). La notion de chronicité est donc de nos jours relativisée (134;135). La véritable différence entre les psychoses aiguës et chroniques résulterait plus du mode d'évolution de celles-ci. Les psychoses aiguës se définiraient comme des crises délirantes brèves, avec risque de récurrence, permettant une restauration *ad integrum* du sujet entre ces crises. Dans le cas des psychoses chroniques, le syndrome délirant imprimerait profondément la personnalité du sujet, modifiant profondément et durablement la trajectoire existentielle de ce dernier.

La classification des psychoses retenue pour cette thèse est celle habituellement utilisée par les psychiatres français qui différencient les délires chroniques schizophréniques des non schizophréniques.

1.2 Descriptions cliniques des différentes affections "dites" psychotiques d'après le modèle de classification français

1.2.1 La schizophrénie

1.2.1.1 Rappels épidémiologiques

1.2.1.1.1 Epidémiologie descriptive

En France, la prévalence sur la vie de la schizophrénie est comprise entre 0,5% et 1 % (134). D'autres études étrangères montrent à peu près les mêmes taux de prévalence, compris dans une fourchette allant de 0,5% et 1,5%. Les différences de pourcentages sont essentiellement provoquées par les critères de référence diagnostique et les méthodes de recrutement des sujets (voir tableau 1).

Auteurs	Méthode	Critères de diagnostic	Prévalence sur la vie
Eaton et al (1988)	Revue de 25 études entre 1960 et 1983 n ≥ 2500	....	Médiane à 0,27%
Regier et al (1988)	ECA* N=19640	DSM III	1,5%
Canino et al (1987)	Population générale Puerto Rico N=1792	DSM III	1,6%
Hwu et al (1989)	Population générale Taïwan N=11004	DSM III	0,3% ville 0,23% village 0,23% campagne
Kessler et al (1994)	NCS* N=8098	DSM III-R	0,69%

* NCS :National comorbidity survey ECA :Epidemiologic catchment area.

Tableau 1: Récapitulation des résultats des principales études épidémiologiques de la prévalence sur la vie de la schizophrénie (112)

L'incidence de la schizophrénie en France est de 10 à 20000 nouveaux cas par an (112). Au niveau mondial, elle varie entre 0,10 et 0,70‰ avec une médiane à 0,20‰ pour l'Europe. De nombreuses études tendraient à prouver une baisse de l'incidence de la

schizophrénie depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle (**63**). En fait, une enquête récente objectiverait au contraire une multiplication des cas par deux entre les années 1965-1968 et les années 1993-1997 (**19**).

De manière globale, cette affection touche surtout les adolescents et les jeunes adultes entre 15 et 35 ans (rares avant 10 ans et après 50 ans). L'âge de la première hospitalisation est le plus souvent avant 25 ans pour les hommes et entre 25 et 35 ans pour les femmes. Les personnes touchées ont une espérance de vie réduite. Les troubles psychotiques seraient d'ailleurs une cause majeure de surmortalité (**71;112**). Trois explications sont proposées :

- Un taux de suicide aux alentours de 10 à 15% chez les schizophrènes (environ ¼ des décès par suicide est attribuable aux schizophrènes) contre 2% dans la population générale. (**57**)
- Des conduites addictives néfastes telles qu'une surconsommation de tabac (80% des malades), d'alcool (50%) ou de drogues (30%). (**112**)
- Une comorbidité somatique (augmentation des troubles cardiovasculaires, maladies infectieuses et maladies sexuellement transmissibles) et iatrogéniques (fausse route, mort subite, agranulocytose...). (**71;112**)

La schizophrénie est une maladie qui aboutit à une dégradation psychique et sociale très invalidante. Depuis la description de cette affection par Kraepelin (sous l'appellation de *Dementia Praecox*), Hegarty et coll. (**63**) notent une amélioration constante de l'évolution à long terme de la schizophrénie et ce depuis 1895 (avec un fléchissement inexplicable dans les années 60). L'introduction de nouveaux antipsychotiques à l'efficacité accrue, des efforts de dépistage précoce de cette maladie, des programmes de réhabilitation sociale vont très probablement, au cours des prochaines années, accroître l'amélioration des conditions de vie des schizophrènes tant sur le plan social que médical.

1.2.1.1.2 Epidémiologie analytique

Le déterminisme de la schizophrénie est plurifactoriel, il comprend :

- Une prédisposition génétique : il est démontré que la prévalence de la schizophrénie augmente chez les patients parents d'un schizophrène, elle culmine à 50% chez les jumeaux homozygotes si l'un des deux individus en est déjà victime (**73**).

- Des facteurs neurodéveloppementaux : la fréquence des problèmes obstétricaux lors de la grossesse influe directement sur le risque de développer une schizophrénie. (71;129)
- Des événements stressants dans la vie quotidienne qui jouent le rôle de précipitant. (71;129)
- Une perturbation du développement affectif : maltraitance, perturbations familiales et problème d'identité participent au déclenchement du trouble. (71;129)
- Des prises de toxiques qui favorisent aussi l'apparition de la maladie. Pour exemple, au service psychiatrique de Milan entre 1990 et 2004 (89), environ un tiers des patients admis en consultation après un premier épisode schizophrénique abusait de substances addictives légales (alcool chez 13% de ces patients) ou non (cannabis pour 49%, Cocaïne pour 4%...). Les psychiatres notaient chez ces patients une précocité du déclenchement de la maladie, une mauvaise coopération avec le personnel soignant et une moindre observance du traitement.

La précocité du diagnostic est un facteur majeur de l'évolution de la schizophrénie (112) : plus le trouble est diagnostiqué et traité précocement, plus l'évolution est favorable. Cependant, les prodromes de cette affection, qui surgissent à l'adolescence, sont fréquemment confondus avec les réactions de crise identitaire du jeune individu. De plus, la prise fréquente de toxiques durant cette période ne fait que compliquer le diagnostic... Ainsi, une schizophrénie dépistée tardivement sera de pronostic très sombre, du fait d'un développement trop avancé des troubles des mécanismes de la pensée et de la désinsertion sociale du patient à une époque charnière de son développement psychique.

L'évolution de la maladie et les déficits induits par celle-ci dépendront également, à terme, de la réponse aux traitements antipsychotiques, ainsi que de la qualité des moyens de réinsertion psycho-socio-médicaux mis à la disposition du patient. (112)

1.2.1.2 Etiologies possibles

L'étiologie de la schizophrénie reste actuellement mal connue (71;129). Elle est plurifactorielle. D'après le modèle de vulnérabilité de Ciompi (29), le passage de la phase prémorbide à la phase aiguë de la maladie se ferait au moment où un certain seuil de vulnérabilité à l'affection serait franchi. Le niveau de ce seuil de vulnérabilité est propre à

chacun et dépend à la fois des facteurs prédisposant psychosociaux et génétiques détaillés précédemment.

1.2.1.2.1 Mécanismes génétiques (66;71;121;129)

Plusieurs gènes confèreraient une prédisposition à la maladie. La transmission génétique de cette pathologie reste cependant complexe, les formes familiales de la schizophrénie ne représentent que 10% des affections. La grande variété des tableaux cliniques de la schizophrénie (que ce soit au niveau des symptômes, de l'âge, des modes d'apparition ou encore de l'évolution) rend difficile l'identification des gènes responsables et communs à toutes les schizophrénies... De nos jours, l'hypothèse de l'existence de plusieurs gènes mineurs favorisant l'apparition de la maladie retient la faveur des spécialistes.

1.2.1.2.2 Mécanismes physiopathologiques

Au niveau physiopathologique, les études récentes (**71;129**) tendent à mettre en cause une déficience des systèmes de neurotransmission de la dopamine, de la sérotonine, et du glutamate. L'efficacité des antipsychotiques anciens et récents qui agissent sur ces systèmes confirme cette hypothèse. En revanche, les résultats des études anatomiques réalisées *post mortem* sont encore sujets à caution car les protocoles de recherche semblent peu fiables. Les spécialistes pensent néanmoins que la densité et l'activité des récepteurs à ces neurotransmetteurs (suractivité ou sous activité en fonction des régions du cortex) est à l'origine des troubles psychotiques chez le schizophrène.

1.2.1.3 Signes cliniques

La schizophrénie est une maladie propre à l'homme, qui affecte les fonctions supérieures cérébrales et qui est caractérisée par la présence d'une dissociation mentale, d'affects émoussés ou inappropriés, d'hallucinations et de délire. Le sujet se comportera de manière étrange et inadaptée (**129**).

1.2.1.3.1 Critères diagnostiques des classifications internationales

Les critères de diagnostic pour la schizophrénie dans la classification DSM IV sont (**4**):

- A. Présence d'au minimum deux symptômes caractéristiques parmi la liste suivante et persistant pendant 1 mois (ou moins s'ils répondent au traitement):
 1. Idées délirantes
 2. Hallucinations
 3. Discours désorganisé (incohérent ou liens logiques atténués)

4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 5. Symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie ou perte de volonté)
- B. Dysfonctionnement sur le plan social ou celui des activités : un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement, tels que le travail (professionnel ou scolaire), les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont en baisse depuis la 1^{ère} apparition des troubles.
 - C. Durée d'au moins 6 mois de signes permanents de la perturbation avec au minimum 1 mois de symptômes de type A. Pendant cette période de latence, la présence de 2 symptômes émoussés de type A (ou plus) ou des symptômes négatifs (apathie, clinophilie.... voir chapitre suivant) validera le diagnostic.
 - D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur : leur élimination se fait en cas d'absence d'un épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte pendant la phase active ou si leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.
 - E. Exclusion d'une affection médicale due à une substance : si la perturbation n'est pas due aux effets directs d'une substance (médicaments ou abus de drogues) ou à une affection générale.
 - F. Relation avec un trouble envahissant du développement : existence d'un antécédent de trouble autistique ou d'un trouble envahissant de la maturation de la personnalité, avec une période de 1 mois minimum d'idées délirantes ou d'hallucinations prononcées.

Pour la classification CIM 10, les symptômes proposés sont **(99)** :

- Présence décrite par le sujet d'écho de la pensée, de pensées imposées, de vol de pensée ou de divulgation de la pensée.
- Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité des gestes, des pensées, des actions et/ou des sensations.
- Hallucinations auditives ayant pour sujet central le patient ou émises par une partie du corps du patient.
- Autres idées délirantes culturellement inadéquates ou invraisemblables (patient avec dons surhumains, etc.).

- Hallucinations persistantes de n'importe quel type pendant des semaines ou des mois avec une légère connotation délirante des idées.
- Interruptions ou altérations par interpolations du cours de la pensée, rendant le discours incohérent ou utilisation marquée de néologismes.
- Comportement catatonique.
- Symptômes négatifs : apathie, pauvreté du discours, émoussement affectif non attribuables à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
- Modification globale persistante et significative du comportement à type de perte d'intérêt, inactivité, attitude centrée sur soi-même, retrait social.

En pratique, les psychiatres portent le diagnostic de la schizophrénie en cas de présence (71) :

- d'un **syndrome dissociatif** avec ou sans délire.
- d'une **détérioration du fonctionnement antérieur** (professionnel, social, personnel).
- d'une **évolution constante des troubles pendant au moins six mois**.
- d'une survenue **après 15 ans**.
- **D'absence de trouble organique ou de prise de toxique** pouvant expliquer les symptômes.

1.2.1.3.2 Séméiologie de la schizophrénie

Pendant la phase d'état de la schizophrénie, la séméiologie s'articule autour de 3 notions principales : la dissociation, le délire paranoïde et l'autisme.

1.2.1.3.2.1 Le syndrome dissociatif (71;129;134;135)

Ce critère différencie la schizophrénie des autres psychoses chroniques. Il s'agit d'un dysfonctionnement de la vie psychique, donnant au comportement du sujet une tonalité étrange et discordante. La dissociation peut être décrite comme un processus de relâchement entre les idées, les attitudes et les émotions ou un défaut d'intégration synthétique, une sorte de "fracture mentale" qui confèrera à la pensée, aux émotions et/ou au comportement du malade incohérence et dysharmonie.

Sur le **plan psychique**, elle se caractérise par :

- Des troubles du cours de la pensée, qui, par le relâchement des associations entre les idées (pensée diffluyente), se traduisent par un discours au débit altéré comprenant des barrages (suspension brève et non motivée du discours dont le

patient est conscient et indifférent) ou un fading mental (suspension progressive des propos jusqu'à l'inaudible, suivie d'une reprise soudaine au débit normal).

- Des troubles du contenu de la pensée : les idées exprimées deviennent délirantes, les propos illogiques et hermétiques. L'observateur retrouve la notion de pensée magique du patient et de la toute puissance de ses idées qu'il prendra pour la réalité, le tout marqué d'un rationalisme morbide correspondant à l'utilisation d'un raisonnement pseudo-scientifique pour expliquer certains faits.
- Des troubles du langage caractérisés par un maniérisme prononcé (vocabulaire précieux, décalé, concret), une utilisation accrue de néologismes, de paralogismes au sein d'un discours à la syntaxe faussée. Ces phénomènes poussés à leur paroxysme peuvent donner vie à un néolangage complètement incompréhensible : la schizophasie.
- Des troubles des fonctions élémentaires qui se traduisent par la distractivité majeure aux perceptions extérieures et intérieures.

Sur le **plan affectif**, il est noté :

- Une ambivalence : le sujet fait preuve de pulsions bizarres et incongrues simultanées et contraires (agressivité brutale inexplicée, affects inappropriés aux circonstances et réactions imprévisibles).
- Une indifférence affective même en dehors des phases aiguës : un désintérêt du sujet envers son environnement, une perte de motivation (athymhormie), une froideur dans le contact pouvant aller jusqu'au négativisme (refus des sollicitations extérieures).

Ce sont ces symptômes qui sont principalement à l'origine de la perturbation de la vie sociale, familiale et sentimentale du sujet, de son isolement voire d'un apragmatisme si le sujet n'effectue plus ses gestes de la vie quotidienne.

Au niveau de la **sphère comportementale**, nous notons la présence d'une discordance. Le patient semble alors bizarre à son interlocuteur. Il fera volontiers preuve d'attitudes gestuelles maladroites, théâtrales et maniérées. Son ambivalence affective retentira également dans ses attitudes avec des sourires immotivés, un apragmatisme déstabilisant. Il peut également être victime d'un syndrome catatonique (ensemble de symptômes regroupant

un négativisme psychomoteur, une inertie dans les gestes ou les activités, des stéréotypies verbales, une parakynésie, et des impulsions motrices incontrôlées).

1.2.1.3.2.2 Le délire paranoïde (71;129;134;135)

C'est un phénomène fréquemment observé chez le patient schizophrène, mais pas toujours manifeste. Le patient peut être réticent à exprimer son délire. Il convient donc pour le dépister d'être attentif aux comportements et attitudes du patient. Il est secondaire à la dissociation et y est étroitement lié. Ce délire est non structuré, non systématisé. Tous les mécanismes et les thèmes peuvent y être évoqués.

Au niveau des mécanismes, il est retrouvé le plus souvent des phénomènes d'hallucinations auditives et verbales parfois intrapsychiques (voix dans la tête). Bien que de fréquence inférieure, des hallucinations concernant les autres sens peuvent exister. Le syndrome d'automatisme mental semble être très fréquent. Le patient pense qu'un intervenant indéterminé lui vole ou devine ses pensées, commente ses actes ou ses opinions et lui impose même ses idées ou ses volontés. Une telle triade peut favoriser chez le schizophrène des conduites dangereuses ou des actes hétéro ou auto agressifs et donc remettre en cause sa sécurité.

Aucun thème abordé au cours de l'expression de ce délire n'est caractéristique de la schizophrénie. Le délire sera polythématique, avec cependant des idées plus fréquentes de persécution, d'influence, de toute puissance avec des connotations mégalomaniaques, érotomaniaques, hypocondriaques... Des phénomènes de dépersonnalisation (trouble de la conscience de soi, sentiment de vide intérieur, vécu de dédoublement, de séparation entre le corps et l'esprit) et la déréalisation (impression d'étrangeté de l'environnement) y sont souvent associés.

Il est à noter que l'adhésion au délire, lors de décompensations aiguës, est totale de la part du patient.

L'absence d'organisation de ce délire est typique de la schizophrénie. Ses caractéristiques floues et incohérentes lui valent le qualificatif de paranoïde par opposition au délire paranoïaque logique, cohérent et structuré.

1.2.1.3.2.3 L'autisme (71;129)

Il peut se définir comme la perte du sens des réalités, accompagné d'un repli de l'individu sur soi et son monde intérieur, reconstruit selon sa propre réalité. Le sujet, dont la vie psychique est déjà dissociée, sera également en rupture avec son environnement.

1.2.1.3.2.4 Troubles associés (71)

Des manifestations thymiques sont fréquemment associées aux schizophrénies. Ainsi, il est commun d'observer des symptômes dépressifs lors des phases aiguës et parfois pendant la rémission de celles-ci.

1.2.1.3.2.5 Répartition entre symptômes négatifs et positifs

Comme nous avons pu l'observer dans les paragraphes précédents, la schizophrénie est une affection dont les symptômes sont nombreux et peuvent s'exprimer de manière radicalement différente. La plupart des praticiens classifient les symptômes décrits précédemment en deux parties : les symptômes positifs et négatifs (71;129).

Les symptômes dits positifs correspondent à toutes les manifestations productives liées à l'hyperactivité de certaines zones cérébrales, c'est-à-dire les hallucinations, les idées délirantes, les troubles de la pensée, les attitudes d'hostilité et de défiance ainsi que le maniérisme, la tension et l'excitation dont peut faire preuve le malade.

Les symptômes négatifs correspondent à une perte ou une diminution de fonction, comme par exemple : l'émoussement des affects, l'apathie, le retrait social et affectif, l'anhédonie (absence de plaisir), la perte de l'élan vital.

Sur l'évaluation sémiologique et sur la prédominance d'un groupe de symptômes sur l'autre, le praticien estimera quelles médications parmi l'arsenal thérapeutique seront les plus indiquées et comment la pathologie du patient évoluera (134). En effet, les neuroleptiques montrent une plus grande efficacité pour corriger les symptômes positifs par rapport aux négatifs. Le pronostic de la maladie semble meilleur si il y a prédominance des symptômes positifs. Ce constat est cependant moins évident depuis l'utilisation des antipsychotiques atypiques. En effet, ces nouvelles molécules montreraient une efficacité accrue sur les symptômes négatifs par rapport aux molécules plus anciennes et rétabliraient ainsi l'équilibre de pronostic (cf. le paragraphe 1.3.1).

1.2.1.4 Formes cliniques

Elles varient dans le temps chez un individu. Le psychiatre distinguera les formes de début (c'est-à-dire les troubles inauguraux) et des formes cliniques d'état.

1.2.1.4.1 Formes de début

Elles sont diverses et variées.

50 à 65% des schizophrénies débutent brutalement. En France, il est cependant conseillé de constater la persistance de symptômes continus typiques de la schizophrénie

pendant 6 mois avant de porter un diagnostic définitif. Les modes d'apparition brutaux se présentent sous forme de : **(71;129)**

- **Bouffées délirantes aiguës**, caractérisées par l'apparition d'idées délirantes troublant le comportement en quelques jours ou semaines. 30% des bouffées délirantes évoluent vers une schizophrénie. L'existence d'une évolution subaiguë, de troubles du comportement préexistants, tels qu'un désinvestissement relationnel ou scolaire, d'un syndrome dissociatif lors de ce trouble, d'une mauvaise réponse aux neuroleptiques, d'une prédominance de symptômes négatifs ou d'une absence de facteurs déclenchants, sont synonymes de mauvais pronostic. Cependant seule l'évolution pendant les mois qui suivent la bouffée permettront de trancher définitivement à propos du diagnostic.
- **Etat thymique atypique**, il peut être dépressif, maniaque ou mixte. Le tableau sémiologique des troubles de l'humeur y est incomplet. De plus, les psychiatres notent la présence d'éléments dissociatifs : un délire non congruent à l'humeur, la présence d'hallucinations, de barrages... Dans le cas d'une dépression atypique, une froideur des affects, des associations incohérentes, un délire de persécution non systématisé ou un geste suicidaire sans motivation logique peuvent être observés.
- **Troubles du comportement** : une automutilation atypique, une fugue ou un voyage pathologique, un acte médicolégal peuvent inaugurer une schizophrénie.

Dans les **formes à début progressif**, la distinction entre la schizophrénie et les troubles du comportement de l'adolescent est ardue. Divers symptômes peuvent être pourtant évocateurs. Les axes de recherche diagnostique sont **(71;129)** :

- Une **rupture avec l'état antérieur** du sujet.
- Une **modification de la personnalité et de l'affectivité** : un retrait social, une froideur du contact, une indifférence, un attrait pour le paranormal et l'ésotérisme.
- Un **affaiblissement physique et psychique**, se traduisant par une clinophilie, une incurie, un désintérêt permanent, un comportement apragmatique, une diminution du rendement intellectuel.

- Un **trouble des conduites** sexuelles (vécu avec un détachement affectif) et/ou alimentaires ou l'existence de conduites addictives.
- L'**existence de troubles pseudo-névrotiques** : une obsession (souvent proche d'idées de persécution) sans critique, une pseudo-phobie en rapport souvent avec le corps (érotophobie, dysmorphophobie....) sous-tendues par des idées délirantes.

1.2.1.4.2 Formes cliniques d'état (71;129;134)

Elles sont nombreuses et confèrent au tableau symptomatique des schizophrénies un aspect hétérogène. L'efficacité du traitement administré et le pronostic varient suivant la forme observée chez le patient. Les principales sont :

- La **schizophrénie paranoïde**, forme la plus fréquente où le délire prédomine.
- La **schizophrénie hébéphrénique** (ou désorganisée). Elle concerne environ 20% des cas. Elle est de début insidieux et précoce (à l'adolescence) et est dominée par la dissociation psychique, affective et comportementale. Le délire y est pauvre et inexistant.
- La **schizophrénie catatonique** : forme devenue exceptionnelle dominée par la discordance motrice. Elle peut être associée à la forme hébéphrénique.
- La **schizophrénie dysthymique** (état **schizo-affectif**). C'est une forme cyclique présentant, lors des phases aiguës, une association de troubles délirants et de troubles de l'humeur. De plus, des troubles dissociatifs, délirants ou négatifs résiduels persisteront entre les crises. Son appartenance aux groupes des schizophrénies varie suivant la classification des pathologies mentales utilisée.
- La **schizophrénie simple** : le tableau clinique est très peu marqué (pensée floue, peu de contacts et bizarrerie), et le délire absent. Pourtant, les symptômes retentissent sur le fonctionnement socioprofessionnel du sujet.
- La **schizophrénie résiduelle** : issue de la classification américaine, il s'agit d'une forme de schizophrénie stabilisée où persistent des symptômes négatifs avec des symptômes positifs quasi absents.
- La **schizophrénie pseudo-psychopathique** ou **héboïdophrénique** : elle est caractérisée par des troubles du comportement à prédominance antisociale avec un comportement impulsif et instable marqué par des antécédents de délinquance, des actes hétéro agressifs, une froideur des affects.

- La **schizophrénie pseudo-névrotique** : elle présente un début d'apparence névrotique qui cohabite avec des idées délirantes ou un syndrome dissociatif puis évolue vers une schizophrénie à prédominance de troubles psychotiques.

1.2.1.5 Diagnostic différentiel

Certaines affections organiques peuvent prendre l'allure de la schizophrénie. Cependant, dans de telles situations, les symptômes délirants, autistiques ou dissociatifs sont la conséquence secondaire d'une affection préexistante. L'anamnèse, l'examen neurologique et l'altération de l'état général révéleront alors les signes évocateurs d'une pathologie du système nerveux central d'origine **infectieuse** (herpès cérébral, Maladie de Creutzfeldt Jacob, neurosyphilis, Sida), **toxique** (empoisonnement au monoxyde de carbone ou aux métaux lourds), **dégénérative** (tumeurs cérébrales), **traumatique** (conséquence potentielle de troubles convulsifs), **endocriniennes** (hypoparathyroïdisme) ou **métaboliques** (déficit en vitamine B12). (4;143)

Du point de vue psychiatrique, le diagnostic différentiel des formes débutantes est ardu. Pour obtenir un bon pronostic, il est nécessaire de traiter rapidement la maladie mais aussi d'éviter tout jugement trop hâtif si les troubles n'excèdent pas six mois (134). Un symptôme isolé doit nécessiter une recherche d'autres signes caractéristiques notamment pour éviter, lors de l'adolescence, une confusion avec les revendications et les oppositions relatives à cet âge. Si l'apparition se fait brutalement, l'anamnèse et l'examen de l'évolution des troubles sont déterminants. Le spécialiste recherchera dans le passé du patient l'existence de prodrome insidieux, d'une personnalité prémorbide schizoïde et l'installation progressive d'idées délirantes. Une restauration incomplète de l'état du patient après une bouffée délirante aiguë indiquera potentiellement un passage à la chronicité de la maladie et à un début de schizophrénie. Le trouble bipolaire doit être évoqué lors du diagnostic surtout en cas d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur ou de troubles thymiques associés.

Les pharmacopsychoses (dues à une consommation durable et important de psychostimulants, de toxiques, d'hallucinogènes) sont des causes à éliminer lors des formes de psychose constituée (134). L'interrogatoire veillera à révéler de tels excès. Cependant, il est à noter que, en présence de facteurs de déséquilibre mental préexistants, la prise de toxiques de manière répétée peut précipiter le développement d'une affection psychotique (schizophrène ou non) et faire évoluer le trouble délirant vers la chronicité.

Les autres psychoses chroniques seront à exclure en fonction de l'âge de survenue, de l'organisation du délire et de ses mécanismes, de l'absence de dissociation et de la conservation d'une base mentale. (134)

1.2.2 Les psychoses non schizophréniques : délires chroniques

Les délires chroniques sont des affections psychiatriques rencontrées beaucoup plus rarement que la schizophrénie. Elles sont caractérisées par leur âge d'apparition plus tardif, le mécanisme délirant prévalent et l'absence de dissociation au sein de leurs signes cliniques.

1.2.2.1 La psychose hallucinatoire chronique (PHC)

Cette maladie touche 7 fois plus les femmes que les hommes. Elle débute après 35 ans (71). Son terrain concerne surtout les femmes célibataires, veuves et isolées sur le plan social et affectif.

Le patient est sujet à des hallucinations riches, variées, imprégnant profondément son existence. De début brutal ou progressif, elles présentent le mélange de deux syndromes : le triple automatisme mental, alimentant des idées de référence et favorisant un passage à l'acte délirant auto ou hétéro agressif ainsi qu'un syndrome délirant, avec des hallucinations des divers sens. Elles prennent préférentiellement la forme d'insultes auditives, de mauvaises odeurs, d'attouchements centrés sur la région génitale ou de décharges électriques administrées à distance sur l'ensemble du corps. La thématique du délire est la persécution et la sensation d'être influencé. Ces hallucinations seront à l'origine de comportements inappropriés (plaintes répétées à la police, mesures de protection nombreuses envahissant le quotidien, déménagements répétés ou des tentatives de suicide pour échapper aux persécuteurs). (71;134)

1.2.2.2 Les délires paranoïaques

De développement insidieux et purement interprétatif, les délires paranoïaques chroniques se déclarent souvent après 35 ans. Les personnes les plus susceptibles de contracter une telle affection présentent fréquemment une personnalité pathologique paranoïaque psychorigide caractérisée par une surestimation de soi, une attitude naturellement méfiante, suspicieuse, en alerte constante.

Trois types de délires paranoïaques sont décrits:

- **Les délires passionnels** : centrés autour d'un thème prévalent (dits "en secteur"). Ils se développent à partir d'un postulat de base alimenté par des idées délirantes. Ces patients peuvent s'avérer dangereux. En effet,

l'inébranlabilité des convictions délirantes pousse le malade à des actes de vengeance ou de représailles envers un responsable. Trois catégories sont identifiées : l'érotomanie, le délire de revendication et le délire de jalousie. L'érotomanie se définit comme la conviction délirante d'être aimé par une personne généralement d'origine sociale plus élevée. Statistiquement, elle touche plus fréquemment les femmes de 40 à 55 ans, suit une évolution en 3 stades (l'espoir, le dépit et la rancune) et trouble considérablement la situation socio affective du patient (71). Les délires de revendication sont liés au sentiment délirant d'injustice et de persécution dont souffre le patient. Suivant les cas, ces patients formuleront des revendications contre la justice (multiplication de procès), la science (non reconnaissance de talent d'inventeur), la religion ou la politique (idéaliste passionné), le corps médical (hypocondriaques délirants exigeant une réparation après un acte médical jugé défaillant) ou seront victimes de sinistrose délirante (71;134). Le délire de jalousie touche plus volontiers les hommes ; il est favorisé par des abus ou la dépendance alcoolique et peut amener le patient à commettre des actes hétéro agressifs paroxystiques envers la victime sur laquelle le dévolu est jeté.

- Les **délires d'interprétation de Sérieux et Capgras (71;134)**. A partir d'interprétations endogènes (douleurs digestives) ou exogènes (faits extérieurs par exemple un regard perçu comme irritant), le sujet développe un délire centré sur sa personne avec pour thèmes récurrents la persécution et la mégalomanie. Il est systématisé en réseau, s'étendant à l'ensemble de la vie du sujet. Le malade pourra faire preuve d'actes hétéro agressifs s'il se sent persécuté par une personne précise.
- Les **délires de relation sensitifs ou paranoïa sensitive de Kretschmer (71;134)**. Elle survient secondairement à une situation conflictuelle sociale chez des patients dits sensitifs. L'interprétation de faits pousse le patient dans un délire de persécution et de référence négative qui s'accompagne de symptômes dépressifs. Le sujet supportera alors passivement les brimades ou les persécutions imaginées.

1.2.2.3 La paraphrénie (71;134)

Ce délire d'imagination se retrouve plus fréquemment chez les hommes. Il débute à un âge compris entre 30 et 45 ans. Sa révélation peut être brutale ou insidieuse. Les thèmes du délire appartiennent au registre fantastique, ils sont luxuriants et font référence aux grands thèmes mystiques et religieux de l'univers (par exemple : réincarnation de Napoléon, grossesses multiples, super pouvoirs permettant le remaniement spatial et temporel, etc.). La mégalomanie du sujet y est exacerbée mais mêlée aussi à un sentiment de mise sous influence ou de persécution. Le délire s'enrichit au fur et à mesure de récits successifs mais reste sectorisé. Ainsi, ce délire pourra coexister longtemps avec une adaptation sociale et affective satisfaisante.

1.2.2.4 Diagnostics différentiels

Le degré de séparation entre des traits de personnalité paranoïaque ou "réservée" est parfois ténu (71;129;134). Ainsi, chez certains individus, un accès de manie délirante peut se rapprocher sémiologiquement d'une décompensation paranoïaque aiguë, une excitation maniaque d'une exaltation passionnelle.

Des idées délirantes érotomaniaques peuvent être présentes dans des états délirants aigus ou chroniques, mais d'autres thèmes y sont associés et le mécanisme du délire n'y est pas purement interprétatif. Comme il est indiqué dans le diagnostic différentiel des schizophrénies, l'âge d'apparition plus tardif des troubles, l'organisation systématique du délire, la conservation d'un fond mental et l'absence de dissociation permettront de différencier les psychoses chroniques non schizophréniques de la schizophrénie.

1.3 Traitements médicaux des psychoses et délires chroniques

Les praticiens disposent de nos jours d'un arsenal thérapeutique fourni pour traiter les psychoses. Malgré une amélioration notable du pronostic, les résultats restent cependant, aléatoires et varient de manière importante suivant les affections et les formes cliniques observées (63). La plupart du temps, l'initiation du traitement se fait dans les services hospitaliers (sécurisé ou non). Le traitement médicamenteux contribue à une approche psychothérapique qui peut être variée : individuelle ou de groupe, familiale et/ou comportementale. Les premiers soins feront suite à une hospitalisation à la demande du patient, d'un tiers ou d'office.

1.3.1 Schizophrénie (134)

La schizophrénie requiert souvent une polymédication pour corriger convenablement tous les signes cliniques. L'association de neuroleptiques avec des benzodiazépines, des thymorégulateurs, des antidépresseurs voire une sismothérapie sera indiquée suivant les formes cliniques et les symptômes prédominants. Il est clair que les effets iatrogéniques néfastes ne sont pas seulement imputables aux neuroleptiques et antipsychotiques. Les utilisations de sédatifs, de thymorégulateurs, d'antidépresseurs et de séances de sismothérapie sont autant de facteurs favorisant l'apparition de problèmes bucco- dentaires.

1.3.1.1 Cure neuroleptique

C'est la base du traitement d'un sujet atteint de schizophrénie. L'action de la classe médicamenteuse des neuroleptiques a été historiquement caractérisée par Delay et Deniker en 5 points (81):

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice.
- Sédation des états d'excitation et d'agitation.
- Réduction progressive des troubles psychotiques aigus ou chroniques.
- Production d'effets secondaires extra pyramidaux et végétatifs.
- Prédominance des effets sur les régions sous-corticales.

Les **neuroleptiques classiques** montrent une efficacité en moyenne au bout de quatre à six semaines sur les symptômes positifs. Cependant, ils ont moins d'effets sur les symptômes négatifs. Leur action pharmacodynamique principale consiste en un blocage réversible des récepteurs dopaminergiques. (129)

Les **antipsychotiques ou neuroleptiques atypiques**, par leurs mécanismes d'action différents, agissent sur plusieurs systèmes de neurotransmission. Ils présentent une meilleure efficacité sur les symptômes négatifs et par définition moins d'effets secondaires extrapyramidaux. De par ces propriétés, ils favoriseront l'intégration sociale du patient. Ils sont aujourd'hui utilisés (à part le cas particulier de la clozapine) en 1^{ère} intention. (134)

Les objectifs du traitement sont la réduction du délire, de la désorganisation, des symptômes négatifs, des manifestations anxio-dépressives et des troubles du comportement. (134)

1.3.1.1.1 Posologie

1.3.1.1.1.1 Les plus utilisés actuellement : les antipsychotiques

Les 3 molécules les plus utilisées en 1^{ère} intention sont l'amisulpride (Solian®), la risperdone (Risperdal®) et l'olanzapine (Zyprexa®) (**71;81;134**). Les doses administrées sont souvent plus conséquentes s'il y a prédominance de symptômes positifs. Le mode d'administration est oral et journalier. La forme retard par voie intramusculaire actuellement disponible est le Risperdal®. Sa prescription concerne les patients peu ou pas compliants. En cas d'inefficacité du traitement au bout de 4 à 6 semaines, il paraît judicieux d'essayer un autre antipsychotique.

Le traitement sera prolongé à dose moyenne efficace pendant au moins deux ans, au décours du premier épisode psychotique ou au moins 5 ans si il y a eu plusieurs épisodes. **(129)**

1.3.1.1.1.2 Les neuroleptiques classiques

En cas d'antécédents de crises traitées avec succès par un traitement conventionnel, d'une bonne tolérance observée, la reprise d'un traitement antérieur conventionnel type halopéridol (Haldol®) sera justifiée et légitime.

1.3.1.1.1.3 La clozapine

Si les traitements conventionnels échouent, le psychiatre utilisera la clozapine (Leponex®), un neuroleptique atypique. Cependant, du fait d'effets secondaires pouvant mettre en jeu le pronostic vital (**39**), son utilisation doit se cantonner aux schizophrénies résistantes et sous contrôle médical rigoureux.

1.3.1.1.2 Effets secondaires (39;120)

Malheureusement les effets secondaires de telles médications sont nombreux et variés. Ils peuvent être mal supportés par le patient. C'est l'une des causes principales d'une non observance du traitement. Le caractère non systématique de ces manifestations les rend difficiles à prévoir d'un patient à l'autre. Les effets indésirables les plus fréquemment évoqués sont de types :

- Neuropsychiques : Insomnie ou somnolence, agitation ou fatigue.
- Neurologiques : dystonie aiguë, akathisie, pseudoparkinsonisme, dyskinésie tardive, crises d'épilepsie.
- Cardiaques : hypotension artérielle, tachycardie, allongement du QT.
- Anticholinergiques : Sécheresse buccale et/ou oculaire, constipation.

- Endocriniens : trouble de la sexualité, du cycle menstruel, hyperprolactinémie, gynécomastie, prise de poids, ictère hépatique.

Il existe également un faible risque (incidence 0,5%) de syndrome malin qui nécessite un arrêt immédiat de la prise des neuroleptiques à son apparition. Son taux de mortalité est de 20% et diminue de moitié avec l'application d'un traitement approprié.

La clozapine présente un cas particulier. C'est un antagoniste de la sérotonine et de la dopamine. Il peut être efficace en cas d'échec des autres médicaments. Cependant, sa prescription est soumise à des précautions. En effet, la prise de ce médicament engendre dans 0,43% des cas une agranulocytose parfois mortelle si non détectée et traitée et dans 3% des cas une leucopénie : ces manifestations, potentiellement fatales, cantonnent la clozapine à la seconde intention. Son utilisation nécessite la surveillance hebdomadaire de la NFS et des plaquettes pendant les 6 premiers mois. Passé ce délai, les contrôles deviendront mensuels. En outre, elle peut présenter certains des effets secondaires des neuroleptiques et des antipsychotiques... Toutefois, dans 30% des cas, paradoxalement, le patient souffrira, pendant les 2 premières semaines du traitement, d'une sialorrhée aux conséquences gênantes qui rendra la déglutition difficile et trempera ses vêtements.

1.3.1.2 Traitements médicaux associés le plus fréquemment

1.3.1.2.1 Benzodiazépines

Ils ne sont à utiliser qu'en cas d'angoisse majeure pour renforcer l'effet sédatif des neuroleptiques ou améliorer la tolérance de ces derniers (diminuer les effets secondaires à type d'akathisie). (71;134)

Cette administration peut être accompagnée de (39):

- Somnolence, difficulté de la concentration, hypotonie, sensations d'ébriété ou de réactions paradoxales plus rares (agitation, irritabilité, agressivité, etc.).
- Syndrome de dépendance et de sevrage sur les prises importantes ou au long cours
- Troubles divers très rares tels que la dysphagie, des réactions cutanées allergiques, une hépatite.

1.3.1.2.2 Thymorégulateurs

Leur utilisation est indiquée pour prévenir les risques de rechutes des schizophrénies dysthymiques en complément des neuroleptiques. La littérature cite le lithium (Téralithe®) ou

le valproate de sodium (Depakote®). Cependant les interactions médicamenteuses sont à prendre en compte et à surveiller (surtout avec la clozapine). (129;134)

Les effets indésirables du lithium sont nombreux (39):

- Troubles neuropsychiques : tremblement digital (20%), trouble de la mémoire, baisse de la libido.
- Troubles endocriniens : prise de poids de 4 à 20 kilogrammes (70%), goitre euthyroïdien (10 à 15%), hypothyroïdie (7 à 30%).
- Troubles cutanés : chute de cheveux, acné, psoriasis.
- Troubles digestifs, rares : dysgueusie métallique, nausées, douleurs gastriques, diarrhées.
- Troubles cardiaques : onde T modifiée mais sans conséquence, ou plus rarement dégénérescence myofibrillaire avec infiltrat interstitiel lymphocytaire.
- Divers : rares hyperleucocytoses, lymphopénies et syndromes néphrotiques.

La prise de valproate de sodium peut s'accompagner secondairement de (39):

- Hépatite ou pancréatite, nécessitant l'arrêt immédiat du traitement.
- Sédation, hypotonie, confusion (s'il y a utilisation conjointe de neuroleptiques), troubles digestifs transitoires, tremblement, prise de poids, alopecie transitoire, trouble du cycle menstruel voire aménorrhée, céphalées.
- Troubles sanguins (plus rarement) : thrombopénie, trouble du fibrinogène, anémie, leucopénie.

1.3.1.2.3 Antidépresseurs

Ils sont prescrits en association avec les neuroleptiques en cas d'épisode dépressif associé à la schizophrénie à des doses inférieures à celles utilisées pour les dépressions. Les plus utilisés dans ce cas restent les antidépresseurs non IMAO, non tricycliques (Prozac®, Zoloft®, Athymil®, Ixel®) dont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et/ou de la noradrénaline (129). Leurs effets indésirables anticholinergiques et cardiaques sont moindres voire inexistantes. (39)

1.3.1.2.4 Sismothérapie (cf- ch 3.5.1-p76) (71 ;134;135)

Son indication reste exceptionnelle. En association avec un traitement neuroleptique, les psychiatres l'utiliseront dans les cas de catatonie importante potentiellement létale, les états schizo-affectifs ou en seconde intention pour des troubles résistants au traitement neuroleptique.

1.3.2 Traitements de la psychose hallucinatoire chronique (71;133)

Une fois le diagnostic confirmé, les psychiatres recourent à un traitement antipsychotique (Risperdal®, Solian®, Zyprexa®) ou à un neuroleptique antiproductif plus efficace sur les hallucinations (type Haldol®) et éventuellement un traitement sédatif par benzodiazépines (type Temesta®). Une bonne tolérance de l'administration quotidienne peut être suivie par un relais sous forme retard (par injection intramusculaire) qui favorise l'observance.

1.3.3 Traitements des délires paranoïaques

Le caractère paranoïaque, suspicieux et revendicatif de ces patients rend difficile la mise en place d'une cure neuroleptique. L'objectif du traitement est de mettre à distance le délire et de diminuer le risque de passage à l'acte. En cas de délire de relation sensitif ou d'effondrement dépressif, il semble pertinent d'associer au neuroleptique un antidépresseur. Les antipsychotiques atypiques présentent quelques caractéristiques antidépressives, leur utilisation peut être indiquée. (71;134)

En outre, il est primordial chez ces sujets de dépister et traiter les conduites addictives pour éviter les rechutes et améliorer le pronostic. (81)

1.3.4 Traitements de la paraphrénie (71;134)

La paraphrénie est peu sensible à la chimiothérapie neuroleptique. Elle est justifiée en cas de délires trop envahissants ou d'une exaltation de l'humeur importante. Cependant, cette affection a un faible retentissement psycho-fonctionnel. Ainsi, la plupart du temps le malade ne se plaint pas et ne demande aucun soin et la prise en charge thérapeutique reste des plus limitée.

1.4 Evolution et pronostic

1.4.1 Devenir du patient psychotique

1.4.1.1 Evolution des schizophrénies

La schizophrénie est par définition une maladie chronique qui, malgré l'amélioration des traitements, présente un risque de rechute élevé. Statistiquement, l'évolution constatée est : (71;129;134)

- Très favorable : dans 20 à 30% des cas avec une bonne insertion sociale.
- Très péjorative (déficitaire avec une dépendance majeure au système de soins hospitaliers) dans 20 à 25% des cas.

- Intermédiaire avec des moments de rémission, émaillés d'épisodes délirants aigus nécessitant une hospitalisation allant de quelques semaines à quelques mois.
- 40 à 60% des malades demeurent handicapés tout au long de leur vie.
- Enfin, la prévalence du suicide chez ces patients tourne autour de 10%.

1.4.1.2 Facteurs pronostiques

Ils sont nombreux et répertoriés sous les qualificatifs de favorables et défavorables tels que décrits dans le tableau 2 (71;134;135) :

Facteurs pronostiques	Situation favorable	Situation défavorable
Age d'apparition	Début après 20 ans	Début avant 20 ans
Sexe du patient	Féminin	Masculin
Situation personnelle du patient	....	Patient célibataire, divorcé ou veuf
Facteur déclenchant	Evident	Absence de facteur déclenchant
Mode d'apparition de l'affection	Début aigu	Début insidieux
Adaptation sociale prémorbide	Bonne adaptation sur le plan social, sexuel et professionnel	Mauvaise adaptation sur le plan social, sexuel ou professionnel
Présence de symptômes secondaires	Symptômes thymiques, en particulier dépressifs	Comportement d'isolement ou autistique
Forme clinique de la schizophrénie	Forme clinique paranoïde avec prédominance du délire	....
Antécédents familiaux	Antécédents de troubles familiaux de troubles de l'humeur	Antécédents familiaux de schizophrénie
Soutien de l'entourage	Bon système de soutien familial, social et médical	Mauvais système de soutien familial, social et médical
Dépistage du premier épisode schizophrénique	Institution précoce du traitement neuroleptique	Institution tardive du traitement neuroleptique
Réponse au traitement médicamenteux	Bonne réponse au traitement neuroleptique	Mauvaise réponse au traitement neuroleptique
Symptômes prédominants	Symptômes positifs	Symptômes négatifs
Evolution du premier épisode actif	....	Absence de rémission au bout de 3 ans
Rechutes après rémission	....	Nombreuses rechutes

Tableau 2: Classification des facteurs favorables et défavorables des schizophrénies

1.4.2 Evolution des délires chroniques (71;134)

Les délires chroniques sous traitement (mise à part la paraphrénie) évoluent par phases avec enkystement et mise à distance du délire. Une émergence de moments dépressifs avec

ébauche de prise de conscience est observée. La vigilance est de mise pour prévenir des rechutes et des actes auto ou hétéro agressifs.

La psychose hallucinatoire chronique, s'il y a mauvaise observance du traitement, s'aggravera progressivement avec des épisodes d'efflorescence du délire de plus en plus fréquents et de plus en plus sévères. La paraphrénie, quant à elle, peu sensible à la chimiothérapie, est souvent d'évolution continue.

1.5 Situation sociale du patient psychotique

Faire sortir le malade du carcan hospitalier et assurer sa réhabilitation au sein de la communauté une fois qu'il est stabilisé sont autant de critères de réussite d'un traitement (138). De nos jours, le succès des nouvelles thérapeutiques médicales neuroleptiques et antipsychotiques permet d'envisager fréquemment la désinstitutionalisation et la réhabilitation psychosociale du patient. Cependant, le manque de structures intermédiaires de suivi et d'accueil, l'ambivalence du patient, liée à l'affection psychotique, et l'équilibre psychique précaire du sujet peuvent compliquer son intégration dans la société. Les psychoses sont encore trop souvent, à notre époque, synonymes de déchéance sociale...

1.5.1 Chiffres de la désinstitutionalisation en psychiatrie

Entre 1980 et 1994, le nombre de lits en service psychiatrique hospitalier est passé de 120000 à 80000 et la durée moyenne d'une hospitalisation de 247 à 57 jours (138). En 1994, les malades internés ne représentaient plus que 16 % des entrées et 26% du nombre de malades psychiatriques séjournant en hôpitaux. Les structures médicales de suivi telles que les hôpitaux de jours, les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel se sont multipliées. En 1994, la population schizophrène était suivie pour 50% en ambulatoire, 19% à temps partiel et 31% à temps complet. (14;138)

Approximativement, au sortir de l'hôpital, seul un schizophrène sur deux est logé par sa famille. Le reste de la population schizophrène se partage entre les hébergements thérapeutiques, l'hôpital de nuit, les centres de post-cure ou les logements destinés à la "population-précarité". (14)

1.5.2 Conditions de vie du patient psychotique

Les différentes études psychiatriques ont démontré que l'intégration et la vie des patients dans la communauté n'est pas facile. En France, le malade reste victime d'obstacles à son intégration sociale et à une bonne qualité de vie. Les points principaux décrits sont (90):

- Une exposition supérieure au stress par rapport à la population générale s'accompagnant d'un sentiment d'insécurité conséquent.
- Un isolement social important, peu de loisirs, et en conséquence, un désœuvrement destructeur.
- Un logement précaire.
- Une alimentation à revoir à la fois en quantité et en qualité.
- Des problèmes de santé plus nombreux. Ils fréquentent d'ailleurs souvent les hôpitaux pour une affection autre que psychiatrique.
- Une observance thérapeutique médiocre.

La conjugaison de ces facteurs multiplie le risque de récurrences de la maladie. L'insertion sociale est donc un véritable enjeu pour le succès des traitements des malades psychiatriques. Prendre en charge uniquement les symptômes cliniques ne revient à traiter que la moitié de l'affection.

De plus, le patient psychotique est soumis à un risque majoré d'incarcération et de victimisation. Différentes études ont montré que les schizophrènes avaient un risque multiplié par 6 de présenter un caractère violent, par 10 s'il y a comorbidité avec une personnalité antisociale (21;78). La population schizophrène est sur-représentée dans le milieu carcéral par rapport à la population générale. Ajoutons que ces sujets sont plus souvent victimes de crimes et délits parfois violents. Ainsi, le risque de victimisation est augmenté de 65 à 130% dans cette communauté (83).

Enfin, les conduites addictives ont une forte prévalence chez les schizophrènes par rapport à la population générale (78;83;103). Selon les études, les addictions sont 2 à 4 fois plus présentes que par rapport à la population dite normale. L'alcool et le cannabis sont les substances les plus fréquemment consommées.

1.5.3 Conséquences et enjeux pour la pratique dentaire

La désinstitutionnalisation devrait impliquer une recrudescence du nombre de patients psychotiques au sein des cabinets dentaires en ambulatoire. Dans les prochaines années, les chirurgiens-dentistes libéraux seront de plus en plus confrontés aux problèmes à la fois relationnels, médicaux voire juridiques dont ces patients peuvent être victimes. Les actes d'odontologie ont des conséquences qui dépassent largement le simple cadre physique de la sphère buccale. Dans le cas des patients psychotiques désinstitutionnalisés, les soins dentaires peuvent contribuer à la réhabilitation sociale de ces patients. La réussite d'un traitement, l'obtention de résultats esthétiques et/ou fonctionnels, l'établissement d'une relation patient-

praticien fiable et respectueuse constituent autant de facteurs favorables qui pourront contribuer à soutenir le sujet dans sa vie sociale et à le conforter dans sa démarche d'ouverture au monde extérieur. C'est principalement aux chirurgiens-dentistes, qu'il convient de s'adapter pour concourir à une telle réussite.

2 Précautions et conduite à tenir vis à vis du patient psychotique au cabinet dentaire avant l'exécution des soins

2.1 De la difficulté de la collaboration et du dépistage des patients psychotiques au cabinet dentaire

La clé du succès des soins dentaires et de l'exécution d'un plan traitement réside en grande partie dans la collaboration entre le dentiste et son patient. Néanmoins, un problème supplémentaire, spécifique à tous les malades psychiatriques, se pose quand le patient vient de lui même... Comment, en effet, pouvoir établir une relation fiable, adopter une attitude la plus en adéquation possible avec les spécificités psychologiques du psychotique et mettre en place un plan de traitement adapté aux besoins spécifiques du sujet, si celui-ci nous cache son affection ?

Différentes études nous montrent aujourd'hui que le malade psychiatrique ne véhicule plus l'image de dangerosité dont il pouvait être victime auparavant. Une enquête réalisée par le PSYCOM (108), montrait que, en 1993, 50% des personnes interrogées considéraient ces malades comme n'importe quel autre patient ; 75% ne voyaient pas d'inconvénient à ce qu'un malade vivant seul et suivi par un médecin fasse partie de leur voisinage. Ces chiffres rassurants sont cependant relativisés par le sentiment d'exclusion toujours ressenti par les familles des malades. Le constat est le même pour les patients (81). Victimes d'un sentiment d'anormalité, de honte quant à leur maladie, ceux-ci peuvent souvent cacher à leur chirurgien-dentiste leur affection schizophrénique ou leur délire chronique afin d'éviter une stigmatisation qui semble pourtant modérée au regard des résultats de l'enquête précédente.

La méconnaissance de leur maladie ou le déni de celle-ci peut aussi intervenir dans cette dissimulation (83). Dans les cas extrêmes où la vision de la réalité est complètement faussée, un patient peut cacher involontairement l'existence de sa pathologie soit par ignorance de celle-ci, soit par oubli.

Pour illustrer ce propos, nous citerons le cas de Mr X que nous avons suivi durant trois années au centre de soins dentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Ce patient a fréquenté pendant plusieurs décennies le centre de soins, il se présente à notre premier rendez-vous pour un contrôle de routine. L'interrogatoire médical révèle des affections organiques multiples, d'ordre cardiaque, circulatoire, endocrinien, rhumatologique et digestif (reflux gastro-oesophagien) traitées. Le patient, kinésithérapeute retraité, décrit en détail les traitements médicamenteux dont il dit bénéficier. L'examen buccal révèle une bonne hygiène

bucco-dentaire (et ce malgré une hygiène corporelle douteuse), un contrôle de plaque efficace et quelques caries interproximales sont détectées. Il présente également des surfaces occlusales très abrasées, il porte d'ailleurs une gouttière réalisée précédemment au centre de soins. Tout au long des trois années durant lesquelles nous avons suivi le patient (réhabilitation bucco-dentaire, réalisation d'une nouvelle gouttière suite à la fracture de la précédente et rendez-vous de contrôle), j'ai pu constater une assiduité parfaite aux rendez-vous ainsi qu'une collaboration efficace aux soins. En TCEO1, nous le confions à un de mes binômes de 3^{ème} année pour poursuivre la prise en charge. Celui-ci l'adresse alors en consultation d'occlusodontie pour un bruxisme responsable de plusieurs pertes de reconstitutions composites postérieures. A notre grande surprise, l'équipe soignante d'occlusodontie, après un long interrogatoire médical qui a poussé le patient dans ces derniers retranchements, met au jour une prise de médicaments psychotropes responsable non pas d'une usure mécanique, comme il était diagnostiqué au départ, mais d'un abrasement généralisé d'origine chimique à évolution très lente de tous les secteurs molaires et prémolaires, résultant à la fois du RGO et d'une hyposialie consécutive à son traitement neuroleptique... Ce cas met en valeur l'importance du dépistage des patients psychotiques pour l'efficacité des soins bucco-dentaires. En effet, malgré une bonne observance des rendez-vous, une compliance aux soins et conseils prodigués, une très bonne relation avec le patient, ce sujet, occultant volontairement ses problèmes psychiatriques, a faussé le plan de traitement en orientant le diagnostic des abrasions vers un bruxisme plutôt que vers des troubles de la salivation. Est-il nécessaire d'ajouter que la prise en charge du patient aurait été différente si le dépistage des troubles et traitements psychiatriques avait été fait précocement ?

La deuxième partie de cette thèse a donc pour but de détailler les spécificités que le chirurgien-dentiste peut rencontrer lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique non seulement pour adapter les modalités de nos soins et rendez-vous, mais également pour faciliter le dépistage des patients psychotiques.

2.2 Points spécifiques à souligner lors de l'interrogatoire et de l'anamnèse

2.2.1 Circonstances de l'interrogatoire médical

Il semble judicieux de faire figurer spécifiquement les troubles mentaux et les traitements antipsychotiques dans l'interrogatoire médical et cela afin de faire prendre conscience aux patients des conséquences potentielles que ces affections pourraient avoir sur le plan bucco-dentaire. Lors de cette phase, il convient d'utiliser une attitude décontractée,

dégagée de tout jugement mais toutefois ferme. Le schizophrène sera souvent distant avec le milieu extérieur, froid avec le dentiste, il peut paraître d'emblée étrange. Un patient victime d'un délire chronique sera méfiant, réticent aux questions, voire paranoïaque vis-à-vis du praticien. D'autres types de personnalités pathologiques peuvent être rencontrés, ils seront détaillés un peu plus loin. **(72;82)**

Si le patient confesse son trouble psychiatrique, il convient d'explorer le problème par des questions ouvertes et de lui laisser la parole, afin qu'il puisse détailler par lui-même les aspects de sa maladie ainsi que son point de vue sur l'affection **(82)**. La mise en valeur de son discours pourra ainsi le mettre en confiance quant à l'écoute que le chirurgien-dentiste pourra lui offrir. En cas de délire, le praticien doit accepter l'étrangeté des raisonnements du psychotique, prendre en considération le fait qu'elles sont réelles pour lui, et conserver une attitude positive et prévenante, de manière à diminuer son stress.

En cas de découverte fortuite ou de déclaration de prise de psychotropes, il est nécessaire d'approfondir la question sans "braquer" le patient. Le chirurgien-dentiste devra formuler ses demandes de renseignements de façon à laisser le patient s'exprimer au maximum pour ainsi cerner et caractériser au mieux le trouble psychotique. Elles pourront être du type :

- Quels problèmes vos médicaments traitent-ils ?
- Quels sont les symptômes dont vous souffrez ?
- Depuis combien de temps prenez vous ces médicaments ? Est-ce que cela est efficace ?
- Quel médecin traite cette affection ?
- Depuis combien de temps avez-vous de tels problèmes ?
- Suivez vous une psychothérapie ? Et à quelle fréquence de rendez-vous ?

Il est déconseillé de mener cet interrogatoire au fauteuil (symbole potentiel de stress supplémentaire pour le patient), mais plutôt au bureau, face à face **(82)**. Le patient doit être placé de façon à ne pas voir le milieu opératoire. La présence d'une personne accompagnante lors des rendez-vous est préférable, cependant elle doit rester le plus possible en retrait par rapport au patient. Il est important de s'adresser au patient tout en personnalisant les questions. Ainsi, commencer les questions ou les phrases par le nom du patient peut s'avérer très efficace. Enfin, il ne faut jamais présumer du degré d'écoute de ce dernier et toujours s'adresser en priorité à lui. **(72;82;144)**

2.2.2 Médications et leurs effets secondaires

L'interrogatoire devra déterminer avec précision quels médicaments prend le patient. En effet, de ces traitements découleront de nombreux effets secondaires à la fois sur le comportement et sur la sphère buccale. Cela influencera grandement les protocoles de soins appliqués par le chirurgien-dentiste.

De la durée de la prescription, peut dépendre, non seulement, la survenue de certains troubles gestuels et posturaux (dyskinésie tardive, dystonie aiguë, etc.), mais aussi, des troubles de l'état général, compliquant ainsi la réalisation des soins (39;130). Suivant les associations prescrites par le psychiatre, les effets secondaires anticholinergiques, et notamment l'hyposialie ainsi que tous les problèmes qu'elle peut occasionner secondairement, seront plus ou moins importants (39;112;130). Nos choix de matériaux, nos éventuelles prescriptions de sialogogues devront en tenir compte. Entre les molécules elles-mêmes, il existe une grande différence d'effets secondaires d'ordre oro-facial. Enfin, les interactions médicamenteuses avec nos produits utilisés au fauteuil ou prescrits sont spécifiques de certaines molécules, et varient au sein même de leur classe médicamenteuse (neuroleptiques, thymorégulateurs, antidépresseurs).

2.2.3 Historique de la maladie

2.2.3.1 Stabilité de la maladie

Il est clair que suivant la stabilité psychologique du traitement et la profondeur de l'atteinte psychotique, la réponse et la coopération au traitement varient (80). L'évolution de l'affection psychotique traitée n'est pas linéaire. Des accès psychotiques aigus peuvent encore survenir mais des phases de rémission longues et complètes s'observent. Il est admis qu'un sujet traité n'est pas forcément à considérer comme en phase active de la maladie (134;135). Malgré le risque de rechute inhérent à ces pathologies, certains patients se comportent normalement, ne bénéficient plus de prescriptions d'ordre psychiatrique et, par conséquent, doivent être pris en charge de manière classique par le chirurgien-dentiste.

Il convient de déterminer dans quelle phase de la psychose se situe le patient au moment des soins. Le nombre de rechutes, la durée des hospitalisations précédentes ainsi que l'évaluation quantitative et qualitative des traitements suivis peuvent, au moment de l'interrogatoire, nous donner une idée de la stabilité du patient.

En cas de risque élevé de rechute, il est évident que le chirurgien-dentiste devra prévoir une séquence de traitement sur une période courte, voire donner les rendez-vous un par un (28;82). Ceci évitera ainsi les consultations manquées pour cause de réhospitalisation

en urgence. Les soins ne s'inscriront alors plus dans une logique de réhabilitation bucco-dentaire complète mais plutôt dans une dynamique d'urgence dans le but de parer "au plus pressé".

2.2.3.2 Dépistages des conduites addictives

Vu les implications cliniques et le retentissement sur l'état général de l'abus de substances psychoactives, il est nécessaire, comme chez tous les patients d'ailleurs, de pouvoir dépister les conduites addictives. Les patients psychotiques seront plus sujets à des consommations accrues d'alcool, de cannabis et de tabac **(78;103)**. La question, même si elle peut paraître dérangeante, doit être impérativement posée. De ces conduites peuvent, en effet, découler des interactions médicamenteuses supplémentaires, une diminution de résistance face à l'infection, une augmentation du temps de cicatrisation ou encore une majoration du risque hémorragique **(28;46)**.

L'alcoolisme chronique peut engendrer des troubles aussi variés que ceux décrits dans le tableau 3 **(80;117)**. L'usage régulier du cannabis, quant à lui, peut produire les phénomènes résumés dans le tableau 4 **(35;80;84)**. Outre l'adaptation de ses soins, il sera du devoir du chirurgien-dentiste, en tant qu'acteur de santé publique, d'orienter de tels patients vers les organismes de désintoxication spécialisés. **(30;46;82)**

Classification des troubles	Problèmes rencontrés le plus fréquemment lors de l'exercice odontologique
Troubles oro-alimentaires	Mauvaise hygiène bucco-dentaire
	Troubles de l'alimentation
Troubles parodontaux	Gingivite et saignements gingivaux accrus
	Parodontite
Troubles salivaires	Hypertrophie des parotides
	Xérostomie
Affections néoplasiques	Carcinome des bords de la langue
	Carcinome du plancher buccal
Troubles de la fonction hématopoïétique	Risque accru d'infections bactériennes et mycosiques
	Augmentation du temps de cicatrisation
Troubles du métabolisme hépatique	Induction enzymatique des anesthésiques locaux et des sédatifs oraux
	Diminution du métabolisme de l'aspirine, des AINS et de certains antibiotiques
Autres	Bruxisme
	Usure dentaire
	Halitose

Tableau 3: Récapitulatif des troubles oraux liés à l'alcoolisme chronique (80;118)

Classifications	Manifestations orales rencontrées
Modifications bénignes de la muqueuse	Leuco œdèmes
	Hyperkératoses
	Stomatite cannabinique
	Candidoses
	Papillomes bénins de sièges classique et atypique
	Modifications épithéliales palatines et linguales
Troubles parodontaux	Gingivite sévère (sans ulcérations mais avec coloration blanche)
	Hyperplasie gingivale
	Pertes osseuses alvéolaires
Troubles nerveux	Troubles sensitifs (fourmillement, épaissement de la langue)
Affections néoplasiques	Augmentation du risque de cancers des voies aéro-digestives supérieures par inhalation supplémentaire de produits cancérigènes
Troubles salivaires	Xérostomie
Autres	Augmentation du stress après l'injection d'adrénaline.

Tableau 4: Récapitulatif des troubles oraux associés à l'usage chronique du cannabis (35;80;84)

2.2.4 Situation sociale du patient

Le praticien devra s'enquérir auprès du patient de sa situation sociale actuelle et mesurer son degré d'isolement. Cela pour au moins quatre raisons (25;28;46;47) :

- L'isolement social peut témoigner du syndrome déficitaire chez le patient schizophrène. Le plus souvent, un patient isolé sera plus sujet à une incurie, un manque de motivation quant aux soins dentaires et un moindre respect des rendez-vous.
- Une aggravation de cet isolement peut être facteurs de rechutes, les rendez-vous devront alors être prévus à court terme.

- Il est nécessaire de connaître les personnes (tuteur ou curateur) et structures (familiales et/ou médicales) entourant le patient en cas de problèmes juridiques ou financiers (valeur du consentement, règlement des honoraires).
- La réhabilitation bucco-dentaire passe, chez le patient psychotique, par un réapprentissage et un contrôle permanent de l'hygiène dentaire et des habitudes diététiques. Les résultats obtenus sont inconstants. Le concours au quotidien de l'entourage médical et/ou familial pour encourager les mesures hygiéniques est souhaitable.

2.2.5 Prise de contact avec le psychiatre

La prise de contact avec le psychiatre est obligatoire. Les affections psychotiques, qui peuvent s'accompagner d'un délire, faussent la vision de la réalité du patient. Le psychiatre traitant peut donc fournir un avis objectif sur la situation du patient, confirmant ou infirmant les propos du sujet. Ainsi, le chirurgien-dentiste doit s'enquérir, auprès du spécialiste, des médicaments pris, de la durée des hospitalisations, des différentes affections organiques éventuellement passées sous silence ainsi que des conduites addictives du patient.

Les traitements peuvent provoquer à long terme des problèmes généraux sévères (agranulocytose, thrombocytopénie, insuffisance hépatique). Le psychiatre étant la plupart du temps le médecin référant du patient, il peut fournir, le plus souvent, les résultats des derniers examens sanguins : la NFS, le temps de saignement, de prothrombine et de thromboplastine partielle, et les dosages évaluant l'activité hépatique (transaminases et bilirubine).

Le psychiatre étant le plus à même de caractériser la psychologie du patient, le chirurgien-dentiste devra plus spécialement se renseigner auprès de lui sur **(25;28;46;47;72)**:

- L'existence d'une tendance à l'hypocondrie.
- La capacité du patient à comprendre le chirurgien-dentiste et à fournir un consentement libre et éclairé aux actes.

2.3 Circonstances et données de l'examen clinique extra buccal

2.3.1 Attitude/aspect du patient (134;135)

Il s'agit de l'un des principaux moyens de dépistage du patient psychotique au cabinet dentaire. Plusieurs éléments dans l'aspect extérieur du patient peuvent, en effet, attirer l'attention. Le patient schizophrénique présente souvent une incurie importante, il accorde très peu d'attention à son hygiène corporelle, néglige son corps au point parfois d'incommoder notre odorat. Certaines bizarreries dans l'habillement (par exemple le port de gris-gris, de lunettes noires en permanence afin d'éviter le regard de l'interlocuteur, des vêtements voyants) sont fréquemment retrouvées. Cependant, ce n'est pas une règle obligatoire ; en effet, un conformisme excessif dans la tenue peut également évoquer une personnalité paranoïaque à l'attitude rigide.

Certaines caractéristiques dans le comportement du patient doivent interpeller le chirurgien-dentiste lors de l'examen du patient :

- Des gestes, des mimiques apprêtés s'ils ne sont pas inscrits dans une logique de séduction ou justifiés par une appartenance ethnique peuvent traduire un maniérisme psychotique.
- Des attitudes d'écoute répétées peuvent trahir l'existence d'hallucinations auditives.
- Des expressions traduisant des émotions exagérées au vu des circonstances (extase, terreur) ou sans aucun rapport avec les propos exprimés peuvent relever de certaines discordances idéo affectives.
- Une absence de tonus, d'initiative motrice, une réticence à ouvrir la bouche, à exécuter des ordres simples, ou même à s'exprimer doivent évoquer une tendance à la catalepsie retrouvée dans les formes catatoniques de la schizophrénie.
- Une agitation soudaine imprévisible et incontrôlable peut être liée à des angoisses chez les psychotiques à tendance paranoïaque ou à un délire.

Toutefois, en fonction de la réussite du traitement de l'affection psychotique, de tels comportements ne sont pas forcément prévenus. L'interrogatoire et l'anamnèse restent primordiaux pour dépister ces pathologies.

2.3.2 Discours

2.3.2.1 Qualité du discours

Un individu psychotique en phase active ou en rémission incomplète développera un discours étrange tant au niveau de son contenu que de sa construction (**46;47;134;135**). Le praticien doit être attentif à l'absence de lien logique dans les propos, à la discontinuité du discours typique de la dissociation. Le mutisme parfois rencontré peut relever soit du retrait autistique, soit d'une opposition délirante avec sentiment de persécution. L'usage de néologismes, de paralogismes altérera également la communication entre le patient et le praticien... Au chirurgien-dentiste de consacrer plus de temps et de concentration à l'écoute du patient pour démêler ses propos.

2.3.2.2 Motif de consultation du patient

Le patient schizophrène consulte rarement de sa propre initiative sauf en cas de douleur. La dissociation fausse son évaluation de son état physique. D'ailleurs, la dissociation corps-psychisme en fait des patients durs au mal.

Les articles consultés divergent à propos de la validité des dires du sujet psychotique. Deux opinions s'opposent. Certains considèrent que les plaintes des patients psychotiques sont toujours fondées mais qu'en fonction de la profondeur du délire au moment de la consultation, elles peuvent être dissimulées au sein d'un discours peu cohérent (**101**). Au contraire, d'autres auteurs mettent l'accent sur la dissociation et/ou le délire qui peuvent s'accompagner respectivement d'impressions faussées et/ou de troubles hypocondriaques (**28;144**). Cela peut conduire naturellement le patient à formuler des plaintes non fondées. De plus, lors des phases de rémission de la schizophrénie ou de certains délires paranoïaques, l'apparition d'une composante dépressive peut favoriser la somatisation et l'apparition de troubles fonctionnels. Dans l'optique de dépistage des patients psychotiques, l'expression de symptômes cliniques bizarres, répétitifs, sans fondement objectif après examen et ne s'améliorant pas après traitement devra nous interpeller quant à l'équilibre mental du patient et nous faire rechercher d'éventuels antécédents psychiatriques (**28**).

2.3.2.3 Descriptions de troubles psychosomatiques

Les troubles psychosomatiques regroupent l'ensemble des affections somatiques comportant, dans leur déterminisme, un facteur psychologique essentiel à l'apparition de la pathologie. Les paragraphes suivants décrivent cliniquement les troubles psychosomatiques les plus fréquemment rencontrés en odontologie et leur prise en charge.

2.3.2.3.1 Douleur faciale chronique idiopathique

Ce type de douleur reste un problème majeur pour les chirurgiens-dentistes et les médecins. Asberg et Carlsson (8), concluaient, dans une étude de 1972, que 25 à 45% de la population générale est concerné au moins une fois dans sa vie par ce type de troubles.

Aucune période de la vie n'est épargnée (avec toutefois une fréquence plus importante entre 30 et 55 ans) et les femmes sont 4 à 5 fois plus touchées. Feinmann (44), dans une étude de 1984, recense 57% de sujets avec des troubles psychiatriques parmi les victimes de ces douleurs psychogènes. Cependant, ce sont, à priori, les patients dépressifs et névrosés qui sont touchés, les psychotiques ne représentant qu'un pourcentage infime des cas. La complication dépressive secondaire de certaines psychoses peut favoriser l'apparition de telles affections.

2.3.2.3.1.1 Formes cliniques

On distingue 4 types de douleur faciale chronique idiopathique (30;45):

- Dysfonction de l'appareil manducateur : douleur au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire uni ou bilatérale associée à des douleurs des muscles craniofaciaux et des acouphènes.
- La douleur faciale atypique : douleur continue avec des épisodes exacerbés dans des zones ni articulaires, ni musculaires évoluant sur des mois voire des années.
- L'odontalgie atypique : douleur continue avec des épisodes aigus au niveau des dents et sans cause physique détectable.
- Les dysesthésies : ensemble de phénomènes regroupant des sensations erronées qui s'accompagnent parfois de douleurs à évolution cyclique (glossodynies, sensation de brûlures gingivales, transformation du goût, xérostomie en présence de salive, malocclusion imaginaire). Ces troubles sont plus rapportés par des femmes en période ménopausique et des hommes à la retraite.

2.3.2.3.1.2 Etiologie (45)

Elle est peu évidente. Ce type de douleur est d'origine multifactorielle. Le patient est déséquilibré ou a subi dernièrement un événement stressant ou traumatisant. De ce problème psychologique résulterait un dysfonctionnement cérébral dans l'interprétation des stimuli au niveau de la face et de la bouche qui serait à l'origine de ce type de douleur psychogène.

2.3.2.3.1.3 Prise en charge (45;77)

La prise en charge doit débiter par le dialogue, et la cause psychologique ne doit être évoquée qu'après l'élimination de toute cause organique. Faire accepter par le patient de telles étiologies nécessite une qualité relationnelle et une mise en confiance de ce dernier importante. Sans nier ce phénomène, il faut clairement expliquer au patient les origines neuropsychologiques de cette douleur et insister sur la nécessité d'une aide psychologique. Le rôle du chirurgien-dentiste sera essentiellement de dépister le caractère psychogène de l'affection et d'adresser le patient ou d'en informer les spécialistes compétents. Dans le cas du psychotique déclaré, prévenir le psychiatre permettra éventuellement à ce dernier d'adapter la posologie des traitements (augmenter la dose d'antidépresseurs par exemple) tout en tenant compte du rapport bénéfice-risque engendré par les effets secondaires.

2.3.2.3.2 Dymorphophobie

La dymorphophobie est une préoccupation du patient concernant un défaut dans son apparence physique. Cette conviction peut concerner à la fois un défaut totalement imaginaire ou une légère imperfection physique qui va susciter des inquiétudes démesurées. Cette certitude altérera la vie sociale, professionnelle du sujet en prenant une dimension de plus en plus prégnante dans ses pensées. Elle pourra être également à l'origine d'une souffrance clinique significative. Telle que décrite dans la classification DSM IV (4), la dymorphophobie est un trouble psychiatrique bien différencié des psychoses. Cependant, elle peut y être associée quand elle revêt un aspect délirant. Au regard du vécu corporel que le patient schizophrène présente, il semble probable que le sentiment de dymorphose puisse donc aussi le toucher..

La thématique tournant autour du visage sera fréquemment retrouvée (4;45). Du fait de l'importance de la sphère buccale dans l'esthétique du visage, le chirurgien-dentiste peut être fréquemment confronté à ce type de troubles. La revendication peut être précise et détaillée (imperfection amélaire d'une dent, etc.) ou, *a contrario*, vague (dent trop longues, etc.) Le principal problème pour l'odontologiste est de différencier les demandes relevant plus du fantasme que d'un besoin justifié cliniquement. En effet, les traitements fournis peuvent aggraver le trouble, renforcer les convictions erronées du sujet voire en susciter de nouvelles et à terme pousser le patient à d'autres mesures thérapeutiques qui se solderont rarement par sa satisfaction. Ce trouble peut mener le patient à éviter les activités courantes et le conduire par conséquent à une situation d'isolement extrême (sortie exclusivement nocturne, confinement pendant de longues périodes au domicile). Plus

fréquemment, ces patients seront isolés socialement (très peu de relations avec des personnes et cela indifféremment du sexe), célibataires ou en situation conjugale d'échec. Ce trouble peut même entraîner des hospitalisations répétées voire des tentatives de suicide parfois "réussies". En la présence de revendications qui semblent exagérées aux yeux du clinicien, il conviendra par l'interrogatoire et l'examen de déterminer quel est l'impact de ce défaut (imaginaire ou non) dans la vie quotidienne du sujet, savoir par exemple si ce dernier ne passe pas des heures devant le miroir pour examiner son prétendu défaut, s'il ne se livre pas de manière excessive à des soins corporels en rapport avec sa préoccupation, s'il ne demande pas trop fréquemment à être rassuré sur ce point par autrui, etc.

La littérature décrit quelques cas de revendications délirantes sur la forme ou les sensations occasionnées par une ou plusieurs dents se terminant le plus souvent par une auto mutilation (extraction, fracture) (71;102). Il convient encore une fois d'être particulièrement à l'écoute des *desideratas* de ces sujets. En cas de suspicion de dysmorphophobie, prévenir le psychiatre est nécessaire afin qu'il puisse prendre les mesures médicales préventives qui éviteront une auto mutilation. De plus, un développement *de novo* d'une telle conviction peut trahir la présence de prodromes à une rechute, et passer inaperçu auprès des médecins. Il semble donc évident que la gestion d'un tel trouble nécessite une concertation ainsi qu'une prise en charge conjointe de la part du psychiatre et du spécialiste concerné (donc le chirurgien-dentiste dans certains cas). (26;29;30)

2.3.2.3.3 Troubles psycho muqueux

Ils sont nombreux et dépendent plus du stress que d'une conviction délirante. Nous n'en ferons donc qu'un bref récapitulatif. Le stress n'a souvent qu'un rôle de co-acteur en provoquant la réapparition d'atteintes muqueuses chroniques. Ils sont détaillés dans le tableau 5.

Dénomination	Tableau clinique	Traitement
Aphthose	Macule de taille variable érythémateuse avec un centre jaunâtre ulcéreux, pouvant apparaître par poussées, douloureuse	<ul style="list-style-type: none"> • Formes simples : Pommade anesthésique ou à base de cortisone, conseil d'hygiène • Formes récidivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corticoïdes (tablettes, injection sous muqueuse, voie générale) ▪ Colchicine sur longue durée (1mg/jour) ▪ Thalidomide
Lichen plan	Kératose blanche s'organisant en réseau de lignes, de plaques blanchâtres ou de façon dendritique. Localisation linguale, jugale ou gingivale le plus souvent	<ul style="list-style-type: none"> • Forme quiescente : Surveillance bi-annuelle • En cas de symptômes douloureux ou d'évolution : corticothérapie locale et générale
Langue géographique	Dépapillation de la langue en zone entourée par une bordure irrégulière blanchâtre	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de symptômes : instruction d'hygiène • Symptômes : applications locales d'une solution alcoolique d'acide salicylique à 7% ou d'acide rétinoïque
Leucoplasies	Leucokératose précancéreuse dans 5% des cas. Résultant de praxies (alcool, tabac, tics de morsure) ou troubles généraux pouvant être liés au stress (automutilation possible).	<ul style="list-style-type: none"> • Remise en état buccal, motivation à l'hygiène. • Si formes compliquées : application de rétinoïdes, d'antimycosique ou parfois chirurgie
Herpes	Réactivation du virus VHS1 en cas de stress. Siège labial le plus souvent Ou herpes buccal avec nombreuses bulles érosives douloureuses sur la face interne des joues	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements antiviraux • Bains de bouche antalgiques

Tableau 5: Récapitulatif des affections psychosomatiques odonto-stomatologiques muqueuses (45;144)

2.3.3 Troubles gestuels et posturaux

Les neuroleptiques classiques provoquent de nombreux effets secondaires extrapyramidaux (47;81). En effet, ces médicaments causent un blocage des récepteurs à la dopamine de type D2 dans le ganglion basal responsable de la régulation de l'activité motrice via la voie extrapyramidale. Ce blocage des voies de régulation motrice provoque des mouvements désordonnés de quatre types, de survenue et de tableau clinique différents.

2.3.3.1 Dystonie aiguë (39;47;65;81)

Ce sont des spasmes musculaires du dos, du cou, des yeux, des muscles de la face et de la gorge. Ils apparaissent chez 2 à 10% des patients au bout de 3 à 5 jours de traitement. Les neuroleptiques atypiques pourraient également induire de telles manifestations. Plus spécifiquement, ce phénomène se traduit au niveau buccal par une position exagérée de la langue, en protrusion à l'ouverture de la bouche ou enroulée quand la bouche est fermée. Il peut s'accompagner alors de spasmes laryngés avec risque d'étouffement. Le traitement de tels troubles consiste en la prescription supplémentaire par le psychiatre de benzodiazépines ou de médicaments anticholinergiques. Il semble clair que l'exercice dentaire sera grandement compliqué par de tels troubles.

2.3.3.2 Akathisie (47;65;81)

L'akathisie est un phénomène à forte composante subjective. Le patient ressent une agitation, une anxiété qui se traduit par un besoin de mouvement, une difficulté à garder la position assise (mouvements répétés de croisement, décroisement de jambes, balancement sur la chaise, etc.) pouvant aller jusqu'à la déambulation forcée incoercible. Cet effet secondaire apparaît dans 20 à 40% des cas au bout de quelques jours voire quelques semaines de prise de psychotropes. Le traitement se fera soit en baissant le dosage des médicaments antipsychotiques, soit en administrant un bêta bloquant, une benzodiazépine. Au fauteuil, de tels patients tiendront beaucoup moins en place, seront plus stressés et seront donc moins aptes à garder une position imposée par les soins.

2.3.3.3 Pseudoparkinsonisme (47;65;81)

Un traitement neuroleptique classique peut être à l'origine d'un pseudoparkinsonisme après 1 à 3 mois de traitement. La prévalence d'un tel trouble est de 10 à 40%. Ce parkinsonisme médicamenteux présente des signes cliniques voisins de l'affection classique : une diminution des mouvements volontaires (par exemple le balancement des bras pendant la marche), une face inexpressive, une tendance à baver en gardant la bouche ouverte, un discours monotone et monocorde, un tremblement de repos et une rigidité du tronc, de la nuque et des extrémités. La fédération française de psychiatrie (43) déconseille l'usage conjoint et d'emblée d'un anticholinergique dans un but prophylactique. Le bénéfice d'une telle prescription doit être bien évalué par rapport aux effets désagréables qu'elle engendre (constipation, hyposialie, aggravation de la dyskinésie tardive...).

2.3.3.4 Dyskinésie tardive (30;47;65;72)

Tous les patients suivant un traitement neuroleptique classique au long cours ont un risque de développer une dyskinésie tardive. Ce trouble est caractérisé par des mouvements choréiques involontaires et rythmiques de la langue, de la face, des mâchoires et des extrémités. Les mouvements peuvent être rapides et ressembler à des tics, puis progressivement s'aggraver en grimace faciale involontaire accompagnée de mouvements de latéralité de la mandibule, de plissement ou succion des lèvres et de protrusion fréquente de la langue. Elle serait diagnostiquée chez 25% des patients sous antipsychotiques depuis plusieurs années. Certains facteurs de risque ont été identifiés : le sexe féminin, un âge avancé, des antécédents de troubles extra pyramidaux. Les chances de rémission sont inversement proportionnelles à l'âge d'apparition des symptômes et à la durée du traitement neuroleptique. Avec l'apparition des antipsychotiques atypiques, il semblerait que la prévalence des dyskinésies tardives soit en diminution au sein des populations psychotiques.

2.3.3.5 Conséquence sur l'exercice dentaire (30;47;55)

Il semble évident que les tremblements, les mouvements incontrôlés du corps, de la face, de la langue et des maxillaires puissent poser problème au cours de la réalisation des soins dentaires de ces patients. Malheureusement, il n'existe pas de remèdes efficaces à 100% pour ces manifestations. De plus, les effets secondaires des médicaments anticholinergiques habituellement proposés s'accompagnent d'une diminution du flux salivaire supplémentaire et donc d'un accroissement non négligeable du risque carieux et infectieux bucco-dentaire. La mise en place de ces traitements uniquement dans un but de réalisation de soins dentaires n'est donc pas forcément judicieuse.

2.4 Données spécifiques de l'examen Intra-buccal

Au vu des résultats des différentes études épidémiologiques réalisées sur l'état bucco-dentaire des patients psychotiques, hospitalisés ou non, il est clair que, lors de l'examen intra-buccal, le chirurgien-dentiste sera confronté à une situation souvent catastrophique. Pour expliquer cet état, deux étiologies sont avancées : le manque d'hygiène bucco-dentaire et l'hyposalivie médicamenteuse induite par les traitements des psychoses. Le manque d'hygiène résulte de la persistance chronique de symptômes déficitaires chez les patients psychotiques. Le manque d'élan vital consécutif aux phases actives de la psychose, le manque d'efficacité des prescriptions sur les symptômes négatifs des psychoses et de la schizophrénie en particulier, poussent volontiers le patient à considérer son corps avec distance et désintéressement, à négliger, comme il a été dit précédemment toute mesure d'hygiène

corporelle et bien entendu bucco-dentaire... et cela avec les conséquences délétères qui peuvent en découler.

2.4.1 Hyposialie et xérostomie

La xérostomie est une manifestation pathologique de diminution du flux salivaire qui provoque une impression de sécheresse buccale. Le terme d'hyposialie est purement clinique et ne reprend pas cette notion sensitive. L'hyposialie est un phénomène objectif qui est évaluable cliniquement et objectivement. La xérostomie est une manifestation subjective, liée aux sensations du patient. Ainsi, la sécheresse buccale ressentie peut correspondre à des taux très variables de débit salivaire (55).

De nombreuses spécialités provoquent une hyposalivation, par l'intermédiaire de leur effet anticholinergique, en bloquant le système parasympathique qui stimule la sécrétion salivaire. De plus, le potentiel hyposialant de chaque médication se cumule en cas de prescriptions conjointes (124).

2.4.1.1 Récapitulatif des médicaments sialoprives utilisés dans le traitement des patients psychotiques

Catégories	Nom de la molécule	Nom de la spécialité	Fréquence constatée de l'hyposialie
Antidépresseurs sérotoninergiques purs	Citalopram	Seropram®	Non communiquée
	Paroxetine	Deroxat®	Non communiquée
	Sertraline	Zoloft®	16.3%
	Fluoxetine	Prozac®	>10%
Antidépresseurs Imipraminiques	Clomipranine	Anafranil®	Très fréquent
	Amitriptyline	Laroxyl®	Très fréquent
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline	Venlafaxine	Effexor®	22%
	Milnacripan	Ixel®	Non communiquée
Antidépresseurs tétracycliques	Mirtazapine	Norset®	18%
	Miansérine	Athymil®	Non communiquée
Neuroleptiques	Halopéridol	Haldol®	>10%
	Cyamémazine	Tercian®	Non communiquée
	Chlorpromazine	Largactil®	Non communiquée
	Lévoméprozamine	Nozinan®	Non communiquée
Thymorégulateurs	Lithium	Téralithe®	Non communiquée
Antipsychotiques	Olanzapine	Zyprexa®	10%
	Risperdone	Risperdal®	>10%
Benzodiazépines	Alprazolam	Xanax®	19.7%-32.8%
	Triazolam	Halcion®	>10%
	Diazepam	Valium®	>10%
	Lorazépam	Temesta®	>10%

Tableau 6: Récapitulatif des principales molécules sialoprives et de leur nom de spécialités (39;55;72;123)

N.B. : Les chiffres de la fréquence sont donnés à titre indicatif. En effet, en fonction des références, ces chiffres peuvent être multipliés ou divisés par 10. L'auteur a pris la liberté d'indiquer, pour chaque molécule, les chiffres les plus importants parmi les pourcentages rencontrés dans la littérature.

2.4.1.2 Caractéristiques et rôles de la salive

L'homme secrète en moyenne 750ml de salive par jour. Cette donnée reste cependant très variable et peut osciller entre 500 et 1500ml. La salive est sécrétée par 3 paires de glandes principales (parotides, sous maxillaires et sub linguales) et une multitude de glandes accessoires réparties sur la face interne des joues et des lèvres ainsi que sur les 2/3 postérieurs du palais. La salive sous maxillaire est limpide, filante et visqueuse. La salive sub linguale est transparente, épaisse, filante et très visqueuse. Enfin, la salive parotidienne est claire, non visqueuse.

Les fonctions de la salive sont (37;59;111):

- Une rôle de défense de l'organisme : mécanique et physico-chimique protégeant à la fois contre les agents irritants et les bactéries pathogènes (pouvoir tampon, pouvoir oxydo-réducteur et bactéricide grâce à la présence d'immunoglobulines de type A et d'enzymes antibactériens comme le lysozyme ou la lactoférine).
- Un rôle dans la digestion en facilitant la mastication et la déglutition par une humidification et un ramollissement du bol alimentaire.
- Un rôle d'excrétion d'une partie de certains métabolites de l'organisme (urée, acide urique, iodures, bromures, quelques métaux lourds...).
- Un rôle dans l'appréciation gustative en solubilisant les aliments.
- Un rôle dans l'hydratation de l'organisme. La sensation de bouche sèche, en l'absence de flux sécrétoire du fait d'une déshydratation, provoque l'excitation de nerfs afférents de la bouche et du larynx pour augmenter la sensation de soif.
- Un rôle dans la phonation en lubrifiant les mouvements de la langue et des lèvres pour favoriser l'articulation.

2.4.1.3 Signes cliniques de l'hyposialie

L'hyposialie peut être une affection asymptomatique. La sensation de bouche sèche n'est pas toujours rapportée. De plus, la tolérance à ce phénomène varie grandement en fonction du patient. D'ailleurs, cette sensation subjective ne sera synonyme d'hyposialie que si sa survenue est décrite par le patient pendant les repas. Un patient consultant spontanément pour une sensation de sécheresse buccale se plaindra d'un malaise permanent entraînant une difficulté de phonation, de mastication et de déglutition. Il rapportera un besoin récurrent de

s'humidifier la bouche par des boissons ou des sucreries. Des douleurs de type brûlure, des dysgueusies et des dysesthésies sont également souvent rapportées.

Dans les cas les plus sévères, l'examen de la bouche révèle des signes évidents de sécheresse buccale (37;80):

- Une muqueuse rouge et sèche.
- Une langue vernissée et dépapillée.
- Une salive épaisse et rare.
- Une inspection et une palpation des tissus mous et des ostiums des glandes salivaires principales révélant une quasi-absence de production salivaire.
- Une augmentation de volume des parotides révélée par la palpation.
- Des caries annulaires des collets nombreuses, des caries de taille importante pouvant s'étendre jusqu'aux pointes cuspidiennes et aux bords incisifs.

2.4.1.4 Conséquences cliniques de l'hyposialie médicamenteuse

En outre, une hyposialie aura des conséquences cliniques importantes sur la sphère buccale, autant par la diminution du débit, que par la modification du pH et de la composition de la salive. Le praticien observera chez les sujets une recrudescence de (3;32;37;55;100):

- Candidoses buccales récidivantes.
- Plaque et de tartre s'accompagnant de gingivite et de pertes osseuses alvéolaires.
- Polycaries.
- Langue villeuse, dépapillée ou fissurée.
- Ulcérations infectieuses ou traumatiques.
- Troubles fonctionnels de la déglutition, mastication et phonation.
- Des troubles de l'alimentation avec un excès de consommation de produits carbonatés dans le but de stimuler les glandes salivaires et garder la bouche humide.
- Troubles pharmacologiques en diminuant la cinétique de solubilisation des comprimés en bouche ou en rendant les pratiques d'hygiène bucco-dentaires plus astreignantes et douloureuses à réaliser.

Sur le long terme, l'hyposialie médicamenteuse s'aggrave progressivement, provoque une fibrose des glandes salivaires, et peut être irréversible.

2.4.2 Hypersialorrhée et clozapine : une illusion ?

L'hypersialorrhée reste un trouble spécifique des patients bénéficiant d'un traitement à la clozapine (Leponex®). Paradoxalement, la clozapine serait à l'origine d'une augmentation de la salivation chez 30% des sujets. Nous précisons paradoxalement car la clozapine est connue pour avoir des effets secondaires anticholinergiques, donc en toute logique hyposialant. Ce phénomène, diurne et nocturne, peut prendre des dimensions importantes. Il handicape le patient, troublant sa déglutition et trempant ses vêtements. (30;46;47;70;82)

En fait, ce phénomène communément admis par les praticiens ne serait qu'illusoire (109;111). En effet, quelques études mesurant le débit de salive des patients bénéficiant d'un traitement à la clozapine ont démontré que finalement, il n'y avait pas d'augmentation quantitative de la sécrétion. Les hypothèses formulées pour justifier les manifestations cliniques rencontrées incrimineraient un blocage des récepteurs dopaminergiques, sérotoninergiques et cholinergiques du système nerveux responsable du réflexe déglutitif au niveau du pharynx ou au niveau de la trentaine de muscles impliquée dans la déglutition. En fait, ces symptômes singeant l'hypersialorrhée seraient causés par une stagnation de la salive en bouche.

L'étiologie de la sialorrhée rencontrée chez ces patients pose la question de l'intérêt réel des thérapeutiques correctives proposées. Elles consistent en l'administration d'un médicament anticholinergique de voie d'action locale ou systémique (spray buccal ou comprimé à avaler) ou d'un médicament adrénergique (patch à la clonidine par exemple) dans le but de diminuer le flux salivaire (48;111). Cependant, par de telles pratiques, ne risquons-nous pas de provoquer une hyposialie sévère avec tous les troubles bucco-dentaires qui en découlent ? Là aussi nous retrouvons la notion récurrente chez le psychotique de l'équilibre entre les bénéfices et les risques induits par les prescriptions (3)...

2.4.3 Inspection des tissus mous

2.4.3.1 Candidoses

L'hyposialie engendre un déséquilibre de la flore buccale (116;126). La diminution du flux salivaire, la baisse du pH de la salive et du nombre d'immunoglobulines A sont autant de facteurs qui permettent la multiplication des candidas. De plus, la moindre humidification et protection mécanique des muqueuses épithéliales accroissent les chances de fixation de cette affection mycosique opportuniste. Deux types de manifestations sont le plus souvent retrouvées : les perlèches ou les candidoses atrophiques chroniques. Dans les deux cas, ces affections, secondaires à un déséquilibre de la flore buccale, seront récidivantes en l'absence d'une prise en charge efficace de la xérostomie.

Lucas (85) a produit une étude comparative de la prévalence des candidoses chez des patients porteurs de prothèses totales sous traitement psychiatrique par rapport à la population générale. Le nombre de colonies de candidas isolées au niveau de la muqueuse du palais et sur l'intrados de la prothèse maxillaire supérieure est significativement plus élevé chez les patients sous antidépresseurs ou neuroleptiques que dans la population générale. Les facteurs expliquant de tels résultats sont l'hyposialie et un mauvais entretien des prothèses amovibles.

Les candidoses peuvent survenir sur l'ensemble des muqueuses de la cavité buccale. Des formes aiguës comme le muguet et des formes chroniques localisées ou diffuses sont retrouvées (80;126):

- Le muguet débute par une stomatite érythémateuse diffuse pendant 2 ou 3 jours. Il s'accompagne d'une sensation de brûlure, de sécheresse buccale, de dysgueusie métallique et de gêne à la mastication. L'examen révèle la présence d'un érythème diffus sur la face interne des joues, le palais et la face dorsale de la langue. Suite à cette phase de début, des efflorescences blanchâtres confluentes se développent. Elles se décollent facilement au grattage.
- La forme chronique peut résulter d'un mauvais traitement du muguet. Les symptômes désagréables seront moindres. L'enduit blanchâtre (voir jaunâtre) sera très adhérent. Sa localisation sera préférentiellement le palais, le tiers postérieur de la langue et les commissures des lèvres (perlèches).

Le traitement des candidoses est essentiellement préventif quand il est secondaire à l'hyposialie médicamenteuse ou au tabagisme rencontrés chez le patient psychotique. Pour éviter l'apparition ou les récurrences, il convient d'augmenter le flux salivaire du patient et de prodiguer de nombreux conseils d'hygiène. Des bains de bouche bicarbonatés peuvent également être prescrits. Dans le cas des traitements curatifs, il conviendra d'utiliser les antifongiques d'application locale en 1^{ère} intention type Fungizone® ou Mycostatine®. Les antifongiques par voie générale seront réservés à la 2^{ème} intention s'il y a inefficacité du traitement précédent ou en cas de récurrences. Le Trifulcan® (100mg par jour pendant 7 à 14 jours) sera généralement prescrit, car il est, en général, bien toléré par le patient. (2;116)

2.4.3.2 Troubles parodontaux

Plaque et tartre sont retrouvés en quantité abondante chez le patient psychotique (7;125;127). Là encore, les causes principales sont une mauvaise hygiène bucco-dentaire et une hyposialie.

Les différentes études sur l'état dentaire et parodontal des patients psychotiques révèlent une prévalence importante des gingivites, une fréquence accrue des saignements spontanés ou provoqués par le sondage par rapport à la population générale. Des résorptions alvéolaires nombreuses et des poches parodontales de profondeur variable sont souvent rencontrées. Un tel constat met l'accent sur les besoins importants de soins prophylactiques des patients psychotiques séjournant en institution ou non. Il semble nécessaire d'instaurer une prise en charge bucco-dentaire plus importante, régulière et spécifique des besoins de ces personnes et donc de ne pas se cantonner aux soins d'urgences. Le but de cette mise en œuvre n'est pas seulement une conservation esthétique ou fonctionnelle. En effet, il est évident que l'hygiène bucco-dentaire concerne aussi directement la santé globale des patients.

2.4.3.3 Inspection dentaire

2.4.3.3.1 Données épidémiologiques sur le risque carieux des patients psychotiques

Au moins huit études ont été effectuées dans le monde depuis les années 90 pour établir un état des lieux de la sphère buccale des patients psychiatriques, qu'ils séjournent de manière permanente en institution ou non. Même si les résultats des scores CAOD (nombre de Dents définitives Cariées, Absentes ou Obturées) et IHB-S (Indice d'Hygiène Bucco-dentaire Simplifié) varient d'un pays à l'autre, le constat reste le même quand les chiffres sont comparés aux données recueillies dans la population générale correspondante. Toutes mettent l'accent sur un plus grand besoin de soins à la fois conservateurs et prophylactiques ainsi que sur une plus grande nécessité de contrôle de l'hygiène bucco-dentaire. Elles concluent que la population psychiatrique est une population à haut risque de développement carieux qui nécessite la mise en place de programmes d'éducation spécifiques.

2.4.3.3.2 Détermination des facteurs influençant l'état buccal des patients psychotiques

2.4.3.3.2.1 Etude de Thomas A. et coll. (130)

Une étude parmi celles consultées retient notre attention. Contrairement aux autres enquêtes qui mêlent psychotiques, déments, maniaco-dépressifs et névrosés, celle-ci concerne uniquement les patients schizophrènes chroniques.

2.4.3.3.2.1.1 Matériel et méthode

L'investigation porte sur 249 schizophrènes séjournant en Grèce. Ils sont divisés en 3 groupes :

- Groupe 1 : 158 patients hospitalisés depuis plus de 10 ans
- Groupe 2 : 34 patients hospitalisés depuis moins de 10 ans
- Groupe 3 : 57 patients non hospitalisés

Deux psychiatres ont confirmé le diagnostic de schizophrénie selon les critères DSM III R. Ils ont exclu de l'enquête tout patient victime de problèmes médicaux sévères pouvant influencer l'état dentaire (c'est-à-dire lors de cette enquête : insuffisance cardiaque, syndrome de Gougerot-Sjögren, alcoolisme ou abus de toxiques, arthrite rhumatoïde, diabète). Ils ont évalué le degré de sévérité de la schizophrénie selon l'échelle BPRS (brief psychiatric rating scale) et les symptômes négatifs avec une sous échelle BPRS, la BPRSneg, qui prend en compte l'existence d'affects émoussés, un retard moteur, le repli des émotions. Les psychiatres ont réalisé également une conversion théorique des prescriptions médicamenteuses en dose de chlorpromazine (Largactil®) équivalente (DCE) et ce pour juger de l'intensité de la cure neuroleptique.

Les sujets ont ensuite été examinés au cours d'un unique rendez-vous par deux dentistes. L'examen ne comprenait pas de radiographie. Ces praticiens ont alors établi l'indice CAOD (indice des dents définitives cariées, absentes ou obturées) et IHB-S (appréciant la quantité de dépôts présents à la surface des dents) de tous les participants.

2.4.3.3.2.1.2 Résultats

Données démographiques : sur les 249 patients, 108 sont des hommes (43,5%) et 141 des femmes (56,5%). L'âge moyen est 50,35 années.

Indices	Moyenne groupe 1	Moyenne groupe 2	Moyenne groupe 3
IHB-S	4,56	3,11	2,22
CAOD	27,17	18,50	16,08
BPRS	41,79	40,64	33,82
BPRSneg	11,32	8,38	5,57
DCE	1057,30	1258,5	740,12

Tableau 7: Moyennes des indices CAOD, BPRS, BPRSneg, IHB-S et DCE constatés lors de l'étude de Thomas et coll. (130)

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Indice C	1,33	2,29	2,26
Indice A	20,32	10,58	9,68
Indice O	1,50	2,76	2,92

Tableau 8: Moyenne des dents Cariées, Absentes et Obturées en fonction des groupes d'étude

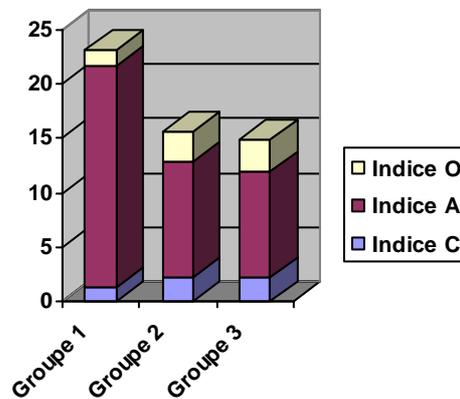


Figure 1: Histogramme représentant les indices C, A et O en fonction des groupes d'études

Après la collection des résultats, il est constaté qu'il y a une corrélation entre la durée d'hospitalisation, la sévérité du trouble psychotique et l'intensité des symptômes négatifs. Les auteurs remarquent également que l'indice CAOD subit une influence modérée de la sévérité de la maladie (BPRS), et de l'intensité des traitements (DCE). L'IHB-S est corrélé avec l'indice BPRS et l'intensité des symptômes négatifs mais pas avec la dose de chlorpromazine équivalente. Les variations de l'indice CAOD entre les trois groupes sont surtout dues au nombre de dents manquantes. Néanmoins, il existe également des variations significatives des autres composants de l'indice, proportionnellement à la durée de l'hospitalisation.

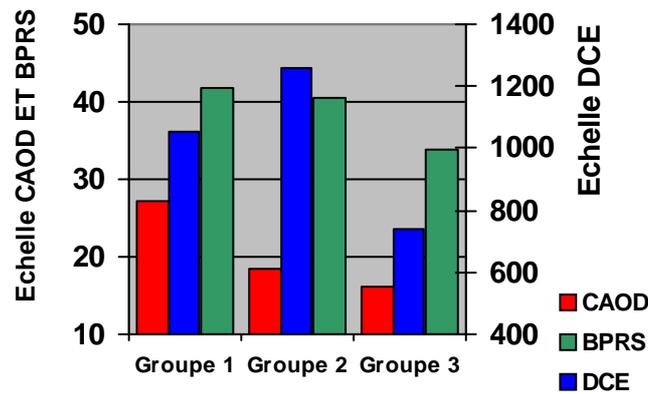


Figure 2: Evolution des indices CAOD, BPRS, et DCE en fonction des groupes d'études

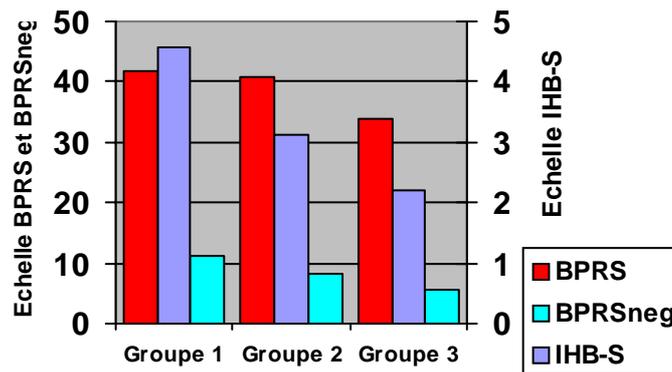


Figure 3: Représentation graphique de la corrélation entre les indices IHB-S, BPRS et BPRSneg relevés

2.4.3.3.2.1.3 Discussion

Les résultats de l'étude montrent que la prise en charge dentaire des patients psychotiques est meilleure si les patients ne séjournent pas en hôpitaux. De telles considérations peuvent, bien entendu, être spécifiques à la société grecque, cependant elles nous confortent dans la conviction qu'une hospitalisation prolongée (qui traduit une affection plus sévère) favorise un déclin de l'hygiène corporelle et dentaire provoquant un surcroît d'atteintes carieuses (62;128;131). Les doses de neuroleptique sont proportionnelles aux atteintes carieuses sans modification de l'hygiène, la majoration de l'hyposialie est sans doute à l'origine d'un tel phénomène (79;123). Les symptômes négatifs paraissent également être à l'origine d'une diminution de l'hygiène dentaire. Ceci confirme le fait que l'émoussement des

affects, le retrait des émotions, le déficit moteur diminuent la volonté et la capacité du patient psychotique à prendre soin de lui-même.

2.4.3.3.2.1.4 Conclusion

D'après les auteurs, la population schizophrénique est une population à haut risque carieux avec des besoins accrus de prise en charge.

2.4.3.3.2.2 Apports des autres études

En France, diverses études sur les besoins des patients en service psychiatrique ont été accomplies dans le cadre de thèses odontologiques de 2^{ème} cycle et d'un article écrit par Coudert et coll. (33) à Lyon en 1982. Cette étude porte sur une population hospitalisée en psychiatrie bénéficiant de traitements neuroleptiques, antidépresseurs et/ou antiparkinsoniens depuis une période pouvant s'étaler de 2 mois à 30 ans. Cette enquête témoigne, entre autres, d'une hyposialie, d'une augmentation de la fréquence de mycoses (*Candida*) et d'un indice CAO supérieur à celui d'une population témoin (sans antécédents de prise de psychotropes et sans prise d'antibiotiques pendant les 6 mois précédents les relevés). (33)

D'autres études portant sur la population psychiatrique générale (mais avec une forte proportion de schizophrènes parmi les sujets étudiés) confirment les conclusions de l'étude de Thomas, comme nous le montre le tableau 9.

Auteurs	Méthode de recrutement	Proportion de patients schizophrènes	Indice CAOD moyen	Autre indices
Lewis et coll. 2001	Patients psychiatriques hospitalisés dans le sud du Pays de Galles N=326	23%	19,1	...
Velasco et coll. 1997	Patients de l'hôpital psychiatrique de la région de Séville N=565	62,3%	24,99	...
Angelillo et coll. 1995	Patients des institutions psychiatriques de la région de Cantazaro (Italie) entre février et mars 1994 N=297	65%	15,5	IBH-S = 4,2 CAOF= 88,6
Tang and coll. 2004	Centre de réhabilitation à long terme des patients psychiatrique à Hong Kong. N=91	80,2%	...	Nombre moyen de dents manquantes : 9,1. 75,3% de porteurs de caries
Stiefel et coll. 1990	Etats unis N=37	78,4%		Moyenne des surfaces cariées : 6,4.
Walpington et coll. 2000	Patients présentant des troubles de la santé mentale résidant en foyer pour SDF à Birmingham N=70	...	19,7	...
Mirza et coll. 2001	N=26	...	...	17/26 sont porteurs de caries non traitées

Tableau 9: Récapitulatif des différentes études portant sur l'état bucco-dentaire des patients psychotiques (7;79;93;125;127;136;140)

Ces diverses études mettent en valeur d'autres facteurs responsables de la fréquence élevée des lésions carieuses chez les patients schizophrènes et psychiatriques :

- De mauvaises habitudes diététiques avec consommation accrue d'aliments et de boissons cariogènes. (85;125)
- Une influence du sexe des sujets : les hommes ayant plus de caries et moins de soins dentaires. (71)
- Une influence de l'âge (plus l'âge augmente plus l'état bucco-dentaire se détériore). (127)
- Des pratiques addictives aggravantes. (62;125)

- Une précarité sociale diminuant les recours potentiels aux soins chez des patients vivants au sein de la communauté. (125)
- Un nombre de visites de contrôle diminué autant par peur que négligence. (62;93;125)

Toutes ces études insistent sur le caractère à risque de cette population et l'hygiène déficiente de celle-ci.

2.4.3.3 Aspects cliniques des lésions carieuses (55;119;126)

Les lésions carieuses sont généralisées, de forme annulaire autour du collet ou des racines. Chez les plus jeunes, les auteurs rapportent une recrudescence des caries d'apparition précoce et à progression rapide. Toutes les surfaces sont concernées et des zones habituellement épargnées peuvent être touchées par extension des caries (bords incisifs, pointes cuspidiennes).



Figure 4: Hygiène bucco-dentaire négligée chez un patient sous neuroleptiques .

Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Réalités cliniques*, 2004, volume 15 page 319.



Figure 5: Hygiène bucco-dentaire négligée chez un patient sous antidépresseurs tricycliques.

Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Réalités Cliniques*, 2004, volume 15 page 319

2.4.3.4 Halitose

Dans un tel contexte d'incurie, de mauvaise hygiène corporelle et bucco-dentaire, l'halitose est logiquement un désagrément fréquemment rencontré. Elle est aussi un motif de plainte chez ces patients.

Phillips et coll (106;107) ont publié deux études en 1993 et 1995 sur la composition de l'air expiré par les patients schizophrènes. Partant de constatations cliniques émises précédemment concernant l'odeur particulière de l'haleine des patients (odeur de pommes en voie de décomposition, odeur typique d'une affection hépatologique...), ils ont dosé la concentration des gaz volatils dans l'air expiré par les schizophrènes au niveau des alvéoles

pulmonaires. Ils ont effectué les mêmes mesures sur des patients psychiatriques non schizophrènes et sur la population saine. Les conclusions sont étonnantes... En effet, les chercheurs retrouvent chez les patients schizophrènes des taux anormalement élevés de pentane et de disulfide de carbone au niveau des alvéoles pulmonaires et cela indépendamment de l'âge, du sexe, de la consommation de tabac. Le disulfide de carbone est une neurotoxine et le pentane résulte de la peroxydation des lipides. Outre les implications purement psychiatriques des résultats de cette étude, il est constaté que le schizophrène est victime spécifiquement d'une halitose qui ne dépend pas seulement de sa mauvaise hygiène bucco-dentaire mais aussi de gaz volatils qu'il expire.

2.5 Problématique de l'établissement d'une relation pérenne entre le chirurgien-dentiste et patient et d'un contrat de soins satisfaisant et adapté

2.5.1 Etablissement du plan de traitement et aptitude du patient à consentir

Le consentement du psychotique pose problème. L'instabilité occasionnée par les troubles psychotiques peut rendre caduque la valeur du consentement à long terme. Les objectifs du plan de traitement ne doivent pas être figés dans le temps et sont appelés à évoluer au cours des soins. Obtenir le consentement d'un patient ayant des difficultés à comprendre les autres ou à s'exprimer est très difficile. Le psychiatre doit être contacté afin d'obtenir son opinion sur les compétences médico-légales et la capacité du patient à fournir un consentement libre et éclairé et à approuver un plan de traitement.

Il est nécessaire lors de l'établissement du plan de traitement de bien différencier les objectifs à atteindre des désirs réels du patient ainsi que des souhaits de l'entourage. Le praticien peut vouloir fournir des soins non tolérables par le patient. L'entourage peut également vouloir influencer le contenu du plan de traitement (52):

- Par excès, en prenant en compte des facteurs esthétiques ou fonctionnels peu importants pour le psychotique. Par exemple, dans le cas d'un patient adressé par la famille, pour la réalisation d'une prothèse adjointe dans un but esthétique sans que le patient n'en éprouve le besoin.
- Par défaut, malheureusement, en voulant parer au plus pressé et en finir rapidement avec des accompagnements fastidieux. Des contraintes pécuniaires ou des préoccupations bassement vénales sont également souvent retrouvées.

La prise en compte des souhaits du schizophrène, du délirant, même si elle n'est pas toujours facile, même si elle ne correspond pas au schéma habituel et raisonnable, reste la priorité, en l'absence de contexte infectieux ou douloureux bien sûr. (46;72)

Sur le plan juridique, ces patients peuvent bénéficier de mesures de protection. Trois types sont le plus fréquemment rencontrés : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle. Elles doivent être toutes trois justifiées par un certificat médical. (71;74;117)

La **sauvegarde de justice** est la mesure de protection la moins astreignante pour le patient, c'est aussi souvent, dans le cas des malades psychiatriques, une mesure d'urgence transitoire en attendant la mise en place d'une tutelle ou d'une curatelle. Le majeur protégé conserve ses droits civiques et de citoyen mais, en cas de dépenses disproportionnées par rapport à ses ressources, cette mesure offre la possibilité de réviser les actes incriminés. En revanche, cette mesure ne prive jamais le patient de consentir à un acte médical.

La **tutelle** est une mesure de protection totale et durable. En sont bénéficiaires les majeurs dont l'altération des capacités psychiques nécessite qu'ils soient représentés pour la gestion de leur bien. Le responsable, un proche le plus souvent, est désigné par le juge des tutelles sur la recommandation éventuelle du conseil de famille. Les règlements de frais médicaux, les signatures de devis sont effectués par le tuteur. Il doit fournir également son consentement médical. Dans la mesure du possible, le chirurgien-dentiste se doit d'informer de manière compréhensible le patient et rechercher son consentement.

La **curatelle** est une mesure de protection pour des patients nécessitant une prise en charge durable mais souple et adaptée. Elle est effectuée quand le majeur a besoin d'être contrôlé et conseillé dans ses actes civils. La responsabilité des actes administratifs est répartie entre le patient et le curateur. Les frais médicaux doivent être réglés par le curateur ou le patient selon le type de curatelle (renforcée ou simple). Le consentement médical est fourni par le patient.

2.5.2 Problème de l'observance des rendez-vous

"L'observance se définit comme le respect de la prescription, la parfaite concordance entre la conduite du patient et les conseils et prescriptions du médecin. C'est aussi la capacité pour un patient à rentrer dans un programme thérapeutique en le poursuivant jusqu'à son terme" (11). Cette définition peut aussi être appliquée à l'exercice odontologique. La réhabilitation bucco-dentaire nécessitera de nombreux rendez-vous et le suivi de mesures diététiques et hygiéniques par le patient.

2.5.2.1 Le moindre respect des rendez-vous par le patient psychotique : causes et état des lieux

Dicks (38), dans une étude de 1995, relève que 40% des rendez-vous dentaires sont non honorés par les patients souffrant de troubles psychiatriques. Ils invoquent des difficultés de transport ainsi qu'une absence de support familial pour les guider dans les formalités administratives. Les rendez-vous seront le plus souvent pris en contexte d'urgence et isolés. (25;127)

La crainte du dentiste est, également, fréquemment invoquée pour justifier de rendez-vous non honorés (26;62;72). Le patient psychotique peut ressentir une peur irraisonnée du dentiste, d'autant plus difficile à surmonter qu'elle peut faire partie intégrante du délire. Il exprime sa difficulté à séjourner en salle d'attente. De plus, l'absence des repères et des contraintes horaires qui accompagne souvent les troubles psychotiques peut conduire ces patients à un laisser-aller faisant fi de la ponctualité.

Les rendez-vous matinaux seront généralement plus durs à honorer. En effet, l'action sédatrice des médicaments psychotropes retarde la mise en activité quotidienne du patient. (72)

L'attitude de certains dentistes peut être à l'origine également du moindre respect des consultations (125). En effet, de nombreux patients psychiatriques rapportent des antécédents de relations de mauvaise qualité voire conflictuelles. Ils évoquent une brièveté, excessive à leur avis, des consultations, une écoute médiocre du thérapeute, et des conflits en cas de non suivi des consignes d'hygiène demandées par le praticien (avec peut-être un sentiment de persécution).

2.5.2.2 Prise en charge du patient psychotique séjournant en milieu hospitalier

De ce constat, sont tirées des conclusions quant à la prise en charge bucco-dentaire de ces patients en milieu hospitalier. Egli et Coll. (40) ainsi que Ter Horst (128) estiment qu'il est nécessaire :

- Que toute institution psychiatrique soit dotée d'une antenne dentaire avec un personnel formé à gérer des patients psychotiques, rémunéré au temps et non à l'acte.
- Que, lors de ces consultations, le temps imparti à chaque patient soit augmenté.
- Que la part accordée à la prévention des affections bucco-dentaires soit augmentée. Cela concerne à la fois l'apprentissage au fauteuil et le contrôle par le personnel soignant d'un bon brossage quotidien.

- De former le personnel soignant à un dépistage précoce des troubles carieux et des infections bucco-dentaires. (128)
- D'augmenter la collaboration entre le dentiste et l'équipe soignante, pour l'élaboration du plan de traitement et la mise en place des rendez-vous.
- D'augmenter la proportion de stages des étudiants en chirurgie-dentaire dans les services psychiatriques spécialisés, les structures d'accueil de jour ou de nuit et d'augmenter le nombre d'heures de cours traitant de la prise en charge de ces malades. (40)

2.5.2.3 Prise en charge du patient psychotique non hospitalisé

Avec la désinstitutionnalisation, le patient psychotique est de plus en plus amené à séjourner au sein de la communauté que ce soit dans les familles naturelles ou d'accueil, les structures hospitalières ouvertes ou en logements privés (thérapeutiques ou non) (26;38;62). Afin de favoriser l'accès au cabinet dentaire, certains services ont mis en place des programmes de collaboration entre les psychiatres, les services sociaux, les entreprises de transport de malades, et les cabinets dentaires. Les patients psychotiques doivent être déchargés au maximum des contingences administratives et d'accès aux soins. Sensibiliser l'entourage (famille et infirmières à domicile) aux problèmes médicaux engendrés par une mauvaise hygiène bucco-dentaire est également nécessaire.

Un programme australien peut être cité pour exemple (26). Dans ce dernier, le patient psychiatrique, hors contexte d'urgence se voit proposer un rendez-vous en cabinet dentaire par le psychiatre au cours d'une consultation. Après accord du patient, les services sociaux et l'équipe soignante règlent en amont les questions d'anamnèse, de prise en charge financière et de consentement. Les services de transport effectuent le transfert en groupe des sujets, de leur lieu de résidence jusqu'au cabinet dentaire, de manière à être le plus ponctuel possible. Une personne accompagnante (personnel médical ou entourage familial) doit être présente au cabinet pour transmettre les données de l'anamnèse mais aussi rassurer le patient. Le chirurgien-dentiste doit, quant à lui, regrouper les visites de ces patients sur une demi-journée pour faciliter l'action des services de transport. La 1^{ère} visite a pour but de soulager d'éventuelles douleurs, de pratiquer un examen buccal, un bilan radiographique complet et d'évoquer et mettre en place des mesures de prévention bucco-dentaire. A l'issue du 1^{er} rendez-vous, le praticien en collaboration avec le psychiatre, établit un plan de traitement personnalisé pour chaque patient (les objectifs à atteindre dépendront principalement de la motivation du patient), attribue les indications d'anesthésies générales, et définit les mesures

diététiques et les apports fluorés à mettre en place éventuellement par l'entourage (si possible). En revanche, les rendez-vous suivants seront gérés par le patient, le but d'un tel programme étant de favoriser la prise de contact avec le cabinet dentaire. A l'issue de ce programme, 2/3 des patients (parmi lesquels 72,3% de schizophrènes) ont effectué la totalité des soins chirurgicaux et conservateurs.

Un tel système est-il transférable au système de soins français ? Les associations de patients ne peuvent-elles pas jouer un rôle dans cette prise en charge ? Les modalités du programme décrit précédemment rentrent-elles en contradiction avec le libre choix du dentiste traitant ? L'aspect éthique et juridique d'une telle prise en charge vis-à-vis de la loi française reste à approfondir... Toujours est-il que les résultats obtenus par les auteurs de ce programme sont appréciables. Ils permettent, en outre, de souligner l'importance de la collaboration entre les différentes professions de santé et d'assistance sociale.

2.5.3 Approche psychologique

2.5.3.1 Les troubles de l'humeur et de la personnalité chez le patient psychotique

2.5.3.1.1 Schizophrénie et dépression

Des symptômes dépressifs peuvent survenir au cours de l'affection psychotique. Lancon (75) parle d'une fréquence de 7 à 70%. Le risque sur la vie entière est de 64%. Les psychiatres (75;81) individualisent 3 types de dépression chez le schizophrène :

- Une dépression secondaire à la maladie suite à la prise de conscience des baisses de performances induites par la pathologie.
- Des états limites entre la schizophrénie et les troubles bipolaires, rassemblés sous le nom de troubles schizo affectifs et schizophrénies dysthymiques.
- Des dépressions faisant partie intégrante de l'évolution de la schizophrénie, une complication de l'affection en quelque sorte.

Diverses étiologies ont été décrites :

- Des dépressions pharmacogéniques, qui sont causées par la cure neuroleptique.
- Des dépressions akinétiques, où les effets secondaires extrapyramidaux des prescriptions conduisent à la dépression.
- Des dépressions post psychotiques.

- Des dépressions à différencier des symptômes négatifs schizophréniques, masqués par les manifestations productives lors des phases actives de la maladie et n'apparaissant qu'au début ou au décours de celles-ci.
- Des dépressions secondaires toxiques, dues à l'abus de substances alcoolisées ou de drogues illicites.

Une dépression s'accompagnera d'un émoussement affectif, d'une apathie majorée, d'une avolition, d'un retrait social, de troubles de l'attention, d'un ralentissement cognitif et de la difficulté à effectuer des travaux simples. (75;80)

2.5.3.1.2 Troubles de la personnalité et psychose

La personnalité est l'agencement des fonctions émotionnelles, intellectuelles, physiologiques et physiques de l'individu. La personnalité normale peut être définie sommairement comme celle adaptée à son milieu, stable et concourant au bien être de l'individu. Le psychotique subit une profonde modification de sa personnalité (71).

Des troubles ou, à la rigueur, certains traits pathologiques de la personnalité peuvent être observés en parallèle de l'affection psychotique et notamment la schizophrénie (87). Des réactions de types paranoïaques (mais non structurées), des traits de caractère psychasthénique ou sensitif peuvent parfois être rencontrés dans certaines psychoses chroniques non schizophréniques.

Chez le schizophrène, la désorganisation du moi par le processus dissociatif laisse peu de place aux troubles de la personnalité. Des embryons de personnalité schizoïde peuvent être observés préalablement à la survenue de la pathologie schizophrénique. Ainsi, comparativement à la population normale, un patient schizophrène éprouvent un sentiment de bien-être plus faible, moins d'états émotionnels positifs, une moindre motivation à la réussite. Il est plus isolé socialement et davantage sujet à l'anxiété et la méfiance vis-à-vis des autres (87;115).

2.5.3.2 Conduite à tenir

L'écoute bienveillante et non discriminatoire est la première conduite à tenir afin de déterminer les besoins thérapeutiques réels du patient.

La collaboration des patients à personnalité schizoïde varie fortement d'un rendez-vous à l'autre. Tout résultat positif quant à l'application des méthodes d'hygiène doit être considéré comme provisoire et nécessite une confirmation par de nombreuses consultations de contrôle. Il est conseillé de conserver une attitude encourageante, positive, compréhensive mais ferme, ainsi que fortement valorisante en cas de constatation de progrès. Quant aux

manifestations pathologiques résiduelles chez ces patients, il convient de les accepter et de les considérer avec sérieux. (30;46;82)

Des traits de personnalités peuvent éventuellement compliquer les rapports patient-praticien. Cependant, ils n'interviendront que secondairement dans la relation de soins chez le schizophrène. Dans le cas de personnalité paranoïaque, il est nécessaire de ne jamais montrer de crainte, de maintenir une certaine distance avec le patient et tenir aussi parfaitement que possible le dossier dans le cas éventuel de conflits juridiques. En cas de délire paranoïaque constitué, ces patients sont à considérer avec prudence car ils présentent un risque accru de passage à l'acte hétéro agressif. (46;115)

2.5.4 Apport de l'entourage

2.5.4.1 Entourage familial (11;52;82)

L'entourage peut potentiellement nous aider dans le travail de réhabilitation de l'état bucco-dentaire. Il peut contribuer au maintien de l'hygiène bucco-dentaire du patient, à condition qu'il soit bien entendu prévenu. Il peut jouer un rôle rassurant lors des premières consultations au fauteuil par sa présence même s'il ne doit pas intervenir au premier plan. En cas de difficulté de compréhension, il peut favoriser la communication entre le patient et le chirurgien-dentiste ou expliquer de nouveau au psychotique après la consultation les propos du praticien (avec les déformations qu'une interprétation peut entraîner). Il peut pallier à l'oubli du brossage de dents, en effectuant par oral des vérifications pluri quotidiennes, il peut également contribuer à limiter l'apport d'aliments et de boissons cariogènes dans l'alimentation.

2.5.4.2 Entourage médical (52;128)

L'intérêt de la collaboration avec l'équipe soignante est multiple. L'avis du psychiatre permettra de cerner au mieux l'équilibre psychique du patient. Il est souvent judicieux de lui demander son avis sur le contenu et les objectifs du plan de traitement et il sera plus à même d'apprécier les chances réelles de mener la réhabilitation dentaire jusqu'à son terme. L'équipe soignante des patients hospitalisés aura un rôle déterminant à jouer dans le contrôle quotidien de l'hygiène dentaire. De plus, le rôle des infirmiers peut être déterminant dans le dépistage précoce des lésions bucco-dentaires. Ces apports potentiels mettent en valeur la nécessité d'une sensibilisation du personnel soignant psychiatrique aux conséquences sur l'état général et psychique des affections buccales.

3 Mesures préventives

Il est clair que le mauvais état bucco-dentaire des patients psychotiques est pluri factoriel. Ces facteurs, secondaires aux pathologies psychotiques, ont été identifiés : une hygiène déficiente, de mauvaises habitudes diététiques et une hyposialie médicamenteuse. La mise en place de mesures préventives par l'hygiène bucco-dentaire, la diététique, un apport supplémentaire de fluor et d'antiseptiques locaux, et un traitement d'une hyposialie avérée doivent pouvoir améliorer le pronostic de conservation dentaire. Les paragraphes suivants ont pour but de détailler les moyens mis à notre disposition tout en tenant compte de la spécificité des patients psychotiques.

3.1 Maintien de l'hygiène

3.1.1 Motivation

La motivation est la clé de la prévention des troubles dentaires chez le psychotique. Stiefel et coll. (62) notent que la majorité des patients psychiatriques ont conscience de leur mauvais état buccal mais ne savent pas que leur traitement les défavorise par rapport à la population générale. Le problème des patients psychotiques réside essentiellement dans la mise en acte. Les résultats d'un programme d'hygiène sont aléatoires suivant le patient, et varient dans le temps avec une baisse de motivation très fréquente. Par conséquent, il faut éviter toute attitude trop confiante à l'égard de ces malades en cas de bons résultats et garder à l'esprit que la finalité de la motivation est l'éducation suffisante du patient pour qu'il puisse se prendre en charge seul. Il ne faut donc jamais relâcher son attention. (30;46;72)

Il est conseillé de donner des rendez-vous de contrôle du suivi de nos consignes très fréquemment. Ces consultations de vérification doivent être faites à 3 ou 6 mois d'intervalle. Quelquefois, des rendez-vous toutes les 6 semaines, et ce pendant 1 an, sont conseillés chez les patients les moins susceptibles de mettre en pratique nos conseils. (30;46)

La sensibilisation de la famille peut également améliorer les résultats. (47;82)

Dans quelques rares occasions, les mesures de contrôle de l'hygiène peuvent contribuer à l'apparition d'un sentiment d'hostilité envers le dentiste (82). La patience, l'encouragement sont les seules attitudes qui peuvent à terme contribuer à la réussite de la prévention : quand il y a constatation de progrès nos félicitations doivent être vives, quand il y a dégradation de l'hygiène, la remotivation par les encouragements et la sensibilisation sont de mise. Les avertissements, les injonctions, une attitude trop autoritaire ne peuvent

qu'augmenter les résistances psychologiques à un bon suivi des consignes et à une bonne relation patient-praticien. (47)

3.1.2 Méthode d'apprentissage du brossage

L'apprentissage des méthodes de brossage doit tenir compte des difficultés de communication et de compréhension inhérentes à la pathologie psychotique (surtout handicapante chez le schizophrène). Ce paragraphe n'a pas pour but de décrire les différentes techniques de brossage (Stillmann, Bass modifiée, etc.) ou d'évaluer leur efficacité respective mais d'évoquer tout simplement les moyens qui peuvent être mis en œuvre pour éduquer de manière performante, si le besoin est constaté, le patient psychotique.

En fait, il est nécessaire d'être le plus didactique possible et de faire appel à tous les sens du patient pour permettre une intégration la plus performante possible des informations dispensées. Les mêmes principes sont appliqués pour tous les patients qu'ils soient psychotiques ou non, seule la qualité et la quantité des informations nécessaires à l'intégration des informations varient. Il est conseillé systématiquement de faire une démonstration sur le patient lui-même avec l'aide d'un miroir, d'exécuter sur soi les mêmes gestes, et d'éventuellement utiliser les révélateurs de plaque pour contrôler la qualité du brossage (30;47;114). La multiplication des instructions verbales adjointes à ces démonstrations visuelles et tactiles est essentielle. Des brochures et posters explicatifs simples et colorés constituent des appoints non négligeables (46). Il faut cependant ménager la susceptibilité du sujet psychotique et éviter une simplification trop importante des informations (82).

3.2 Directives diététiques

L'influence de la nourriture dans le développement des caries n'est plus à prouver. La population psychiatrique est sujette à une consommation accrue d'aliments cariogènes. La consommation de boissons gazeuses sucrées est plus importante et le "*grignotage*" d'encas sucrés entre les repas légèrement augmenté (85;125). Chez cette population à risque carieux élevé, il faut donc veiller à limiter cet apport ou le remplacer par des aliments contenant des édulcorants (aspartame, xylitol). De plus, l'ingestion d'alcool, de caféine et de plats épicés peut majorer l'hyposialie et donc ses conséquences buccales. Par conséquent, de telles habitudes sont à éviter. Les bouillies et purées doivent être évitées car leur consommation induit une faible activité sécrétoire des glandes salivaires, une diminution du phénomène d'automassage et auto nettoyage alimentaire et, de ce fait, une stagnation plus longue du bol alimentaire en bouche. (25;114)

3.3 Prise en charge de l'hyposialie

3.3.1 Evaluation quantitative de l'hyposialorrhée

L'hyposialie, plus fréquente chez les patients suivant une cure neuroleptique, n'est pas systématique. De plus, sa sévérité peut varier d'un patient à l'autre. En fonction du flux salivaire, les conséquences bucco-dentaires sont modifiées (41). Le seuil pathologique de l'hyposalivation, c'est-à-dire le niveau en dessous duquel l'hyposialie favorisera l'apparition de caries, est discuté entre les auteurs. Bardow et coll. (10) ainsi que Navazesh et coll. (97) évaluent le seuil à **0,16ml/min** de production salivaire en l'absence de stimulation, tandis que Sreebny (122) l'estime à **0,10ml/min** dans des conditions semblables.

3.3.1.1 Collection de salive non stimulée (41)

Il semble judicieux, avant de mettre en place un traitement sialogogue chez le patient psychotique, de mesurer objectivement la quantité de salive produite. Un test est possible pour mesurer ce débit. Le but est de collecter la production de salive totale non stimulée pendant 15 minutes. Avant tout travail en bouche, le praticien fait asseoir le patient, et lui demande de se reposer pendant un quart d'heure. Il enlève ensuite les éventuelles prothèses amovibles de la bouche, fait pencher le patient un peu en avant, la tête inclinée légèrement en avant et en bas. Avant la prise des mesures, le patient doit avaler la salive déjà existante en bouche. La collection de la salive se fait en laissant couler passivement celle-ci le long de la lèvre inférieure dans un tube à essai gradué (la collection est favorisée par un petit entonnoir posé contre le menton), ou un gobelet gradué. La pointe de la langue doit être positionnée au contact des faces palatines des incisives supérieures, la mandibule au repos et les lèvres légèrement entrouvertes. La respiration doit être nasale pour éviter une éventuelle sécheresse buccale. A l'issue des 15 minutes le patient crache le reste de salive dans le tube à essai. Le volume ainsi obtenu permet de calculer le débit salivaire par minute.

Cette technique de collection, la plus simple à exécuter, peut cependant être fastidieuse au regard de l'agitation potentielle du patient psychotique. Ainsi, chez les sujets les moins coopérants, l'évaluation du débit salivaire peut parfois se cantonner à la simple observation clinique.

3.3.1.2 Collection de salive stimulée (41)

La salive stimulée permet d'évaluer la clairance des aliments en bouche et donc indirectement la stagnation du bol alimentaire. La valeur normale du débit de salive stimulée est de 1 à 3ml ; en dessous de 0,7ml, il est diagnostiqué une hyposalivation sévère.

Pour ces mesures, l'utilisation d'un bloc de paraffine est la plus fréquente. Le protocole standard est le suivant : le patient ramollit la paraffine en la mastiquant. Une fois ramollie, le patient crache la salive qu'il a en bouche. La prise de mesure peut alors commencer, elle dure cinq minutes. Le patient mastique le bloc en changeant de côté tous les 10 mouvements et à un rythme de 1 mastication par seconde. Tous les 20 mouvements, il crache dans un tube à essai à travers un entonnoir. Le volume obtenu permet de calculer le débit par minute. Quelquefois, la formation d'écume peut rendre la mesure difficile, plonger le tube dans de la glace broyée ou rajouter une goutte d'octanol (solvant industriel difficile à se procurer dans le cadre de notre exercice) évite ce problème.

3.3.1.3 Autres mesures du débit salivaire

D'autres moyens permettent d'explorer la sévérité de l'hyposalivation. Des protocoles de collection salivaire sélectifs des parotides et des glandes sub-mandibulaires (avec stimulation par application d'acide citrique le plus souvent), existent mais ils sont plus difficiles à mettre en œuvre au cabinet. Ils nécessitent la mise en place d'un cathéter ou d'une coupelle. L'utilisation du papier filtre et du morceau de sucre peut permettre de diagnostiquer une hyposialie mais sans nous permettre de calculer le débit salivaire (41). L'imagerie (IRM, sialographie, scintigraphie) peut être utilisée, mais dans le cas d'une hyposialie médicamenteuse, elle a peu d'intérêt. (137)

3.3.1.4 Conditions nécessaires à l'obtention de données fiables

Il est préférable de standardiser au maximum les circonstances de la sialométrie afin d'obtenir des résultats les plus reproductibles possibles. Le débit salivaire varie tout au long de la journée (53), il est donc préférable de l'exécuter toujours à la même heure. Le patient doit s'abstenir de boire, de manger, de fumer ou de se brosser les dents au moins pendant l'heure précédent le test. Il convient de garder toujours la même durée de mesure, le même type de stimulation. Chez certains patients, la nervosité et le stress peuvent aggraver l'hyposalivation, le patient psychotique est d'ailleurs particulièrement sujet à ce type d'émotion. L'environnement (le bruit, la lumière, les odeurs) peut provoquer des interférences avec le débit salivaire en dérangeant le patient. La collecte des données doit se faire dans un contexte le plus neutre possible (41). L'obtention de conditions de mesures idéales restent tout de même délicates à obtenir chez ce genre de patient

3.3.2 Traitements possibles

3.3.2.1 Traitements étiologiques (24)

Dans un schéma idéal, la solution serait l'arrêt des médicaments sialopriver. Est-il nécessaire que préciser que cette solution n'est pas envisageable? Le remplacement de certains psychotropes par d'autres moins hyposialants (antipsychotiques atypiques par exemple) peut éventuellement s'envisager, par le psychiatre traitant, et, bien entendu, à condition qu'il n'y ait pas de diminution de l'efficacité thérapeutique. La diminution des doses des médicaments pour limiter l'effet sialoprive de ceux-ci est également difficilement envisageable.

La sensation de bouche sèche est paroxystique au moment du pic sérique de la molécule. Si cela est possible, le chirurgien-dentiste peut conseiller, avec l'accord du psychiatre de faire coïncider les concentrations maximums au moment où le débit salivaire est le plus stimulé (repas) et ce afin d'éviter une augmentation de la sensation de bouche sèche au moment où elle est la plus ressentie et la plus dérangeante (nuit, réveil et entre les repas).

3.3.2.2 Stimulants gustatifs et mécaniques

Dans le cas d'une hyposialie modérée, la mastication et certains stimuli gustatifs peuvent accroître la sécrétion de la salive. En théorie, il est préférable au cours des repas de mastiquer des aliments fermes, les plus riches en fibres possible. Toutefois, les tissus mous, fragilisés par la moindre sécrétion salivaire, supportent mal les agressions mécaniques que cette pratique provoque. Par conséquent, cette recommandation n'est généralement pas suivie par les patients. Pour limiter au maximum l'irritation des muqueuses buccales, il est conseillé de boire une gorgée d'eau pendant la mastication des aliments et après leur déglutition (91). La nourriture acide et sucrée (boissons gazeuses, bonbons acidulés) stimule également le flux salivaire (16). Cependant, elle peut induire également une agression des tissus mous et une déminéralisation des tissus durs et est donc à utiliser avec parcimonie et prudence. L'acide citrique est également cité par la littérature, mais il n'a un effet qu'à court terme et provoque, lui aussi, des dommages sur la muqueuse buccale et les tissus minéralisés (24;91).

Plusieurs substances sont à éviter car elles assèchent et agressent la muqueuse buccale. Ce sont principalement l'alcool (présent notamment dans certains bains de bouche), la caféine (par inhibition du stimulus salivaire) et les plats épicés (24;55).

La stimulation permanente de la salive résiduelle au cours de la journée peut être obtenue grâce à l'utilisation quotidienne répétée de bonbons et de gommes à mâcher sans sucre. La préférence des patients se porte généralement sur des chewing-gums peu collants

(surtout pour les porteurs de prothèse amovible). L'intérêt de ces derniers est double car, en plus de stimuler la salivation, ils peuvent également constituer, suivant leur composition, un apport fluoré supplémentaire (91;137).

3.3.2.3 Stimulation sécrétoire systémique

De nombreux médicaments induisent une hypersalivation. Pour la plupart, leur indication première n'est pas le traitement des xérostomies. Ces médicaments agissent sur les afférences nerveuses stimulant la sécrétion salivaire. Ils ne peuvent fonctionner que chez les patients conservant une activité résiduelle des glandes salivaires. Le tableau 10 en fournit la liste.

Dénomination commune internationale	Noms de spécialité	Indications principales du traitement	Propriétés pharmacologiques
Pilocarpine	<ul style="list-style-type: none"> Teinture de Jaborandie® Salagen® 	<ul style="list-style-type: none"> Hyposialie et xérostomie 	Parasympathomimétique
Pyridostigmine	Mestinon®	<ul style="list-style-type: none"> Myasthénie Atonie intestinale Décurarisation après curarisation non dépolarisante 	Anticholinestérasique
Néostigmine	Néostigmine®	<ul style="list-style-type: none"> Idem 	Anticholinestérasique
Dihydroergotamine	<ul style="list-style-type: none"> Ikaran® Séglor® Tamik® 	<ul style="list-style-type: none"> Migraines et céphalées vasculaires Hypotension orthostatique iatrogène 	Sympatholytique
Anétholetritione	Surfarlem S 25®	<ul style="list-style-type: none"> Xérostomie 	Cholérétique
Bioflavanoïdes	Daflon®	<ul style="list-style-type: none"> Poussées hémorroïdaires aiguës Symptôme d'une insuffisance veino lymphatique 	Veinotonique et vasculoprotection
Bromhexine	Bisolvon®	<ul style="list-style-type: none"> Affections bronchiques avec sécrétion accrue de mucus 	Mucofluidifiant
Nicotinamide ou vitamine B3	Nicobion 500®	<ul style="list-style-type: none"> Carence en vitamine B3 	Cholinergique

Tableau 10: Récapitulatif des médicaments sialogogues (16;39)

La littérature cite de manière récurrente le Sulfarlem S25® et la pilocarpine pour traiter l'hyposialie (16;55;126;137). Le Sulfarlem S25® est utilisé préférentiellement en 1^{ère} intention. Ce médicament possède peu de contre-indications (obstruction des voies biliaires, cirrhose hépatique) et des effets secondaires bénins. La posologie est de 1 comprimé, 3 fois par jour, à prendre avant les repas. Cependant, il semble rarement efficace. (39;137)

L'administration de pilocarpine procure des résultats supérieurs. Sous forme de teinture de Jaborandi®, la posologie, dans le cas de traitement de l'hyposialie, est de 200 gouttes par jour. Sous forme de Salagen®, le patient devra prendre au cours des repas 1 comprimé de 5mg et ceci 3 fois par jour. Cependant, ce traitement peut engendrer de nombreux effets secondaires minimes mais désagréables : hypersudation dans deux tiers des cas, frissons, nausées, rhinites, bouffées de chaleur, vertiges, pollakiurie, asthénie, céphalées, diarrhées, larmoiements, hypertension artérielle ainsi qu'une multitude de troubles organiques plus rares et plus graves (vomissements, dyspepsie, détresse respiratoire, état de choc, confusion mentale, tachycardie, bradychardie, etc.). Il est **contre-indiqué** pendant la grossesse, l'allaitement, en cas d'asthme non contrôlé, de glaucome à fermeture d'angle, de troubles du rythme, d'hypertension sévère ou non maîtrisée et d'iridocyclite. (39;91;137) D'après l'AFSSAPS (1), **l'association de la pilocarpine avec le sultopride** (Barnétil® : un neuroleptique sédatif) **est formellement contre-indiquée**. De plus, il est à utiliser avec précaution s'il est associé à des médicaments anticholinergiques (risque d'antagonisme), bêta-bloquants (risque de trouble de la conduction cardiaque), parasymphomimétique (synergie), curarisants (potentialisation), des bradychardisants et des molécules susceptibles de provoquer des torsades de pointes (dont notamment les phénothiazines et les butyrophénones). Sa prescription nécessite, dans ce cas, une surveillance clinique et électrocardiographique (1;39). La prescription devra donc être faite par le psychiatre et chez les patients dont l'état de santé reste facilement observable.

La bromhexine (Bisolvon® 8mg) est aussi évoquée pour traiter les hyposialies (137). La posologie est de 2 comprimés, 3 fois par jour. Toutefois, son effet sialogogue s'épuise souvent avec le temps. Elle est **contre-indiquée en cas de bronchoplégie sévère** et peut provoquer secondairement des troubles digestifs et une liquéfaction excessive des sécrétions bronchiques. (39;137)

Comme nous pouvons le constater, aucun de ces médicaments n'est donc une panacée pour traiter l'hyposialie d'origine médicamenteuse chez le patient psychotique. De plus, même en cas de traitement efficace, des manifestations xérostomiques sont encore rapportées par les patients. (16)

3.3.2.4 Humidification de la bouche

Les humidifiants directs provenant de l'alimentation sont les mesures les plus simples à mettre en œuvre. L'ingestion d'eau, de lait ou de thé peut, très provisoirement procurer une sensation d'humidité buccale (91). Cependant, elle nécessite des prises répétées quotidiennes pour obtenir un effet mouillant suffisant. Clark (30) conseille de boire au moins 8 verres entre les repas, et de privilégier une prise par petites gorgées. En outre, ces liquides peuvent constituer des apports fluorés supplémentaires. Certaines eaux minérales ou courantes sont fluorées, les feuilles de thé comptent parmi les aliments les plus concentrés en fluor (40 à 330 mg de fluor par kilogramme). Le lait possède un pouvoir tampon acceptable. Le calcium et le phosphore qu'il contient contribuent à son pouvoir cariostatique.

Les salives de substitution ont pour but d'humidifier et de lubrifier la cavité buccale. Ils peuvent s'utiliser en spray, en gel, en bonbons à sucer, sirop à recracher ou sous forme de prothèse réservoir. La prothèse réservoir de salive ne peut s'utiliser que si le palais est ogival et profond et si la résorption de l'os alvéolaire mandibulaire est peu importante. L'insalivation dans ce cas se fait au goutte à goutte intrabuccal mais elle nécessite une solide motivation peu en accord avec le profil des patients psychotiques (16). Suivant les articles et ouvrages consultés l'utilisation des salives artificielles peut varier de l'exceptionnel à l'usage quotidien. Elles peuvent être cantonnées à l'asialie en l'absence de potentiel sécrétoire des glandes salivaires (radiothérapie ou fibrose sévère) (16;39) ou comme traitement d'appoint dans le cas de xérostomies modérées (55;59;126;137). En fait, de telles indications sont plus motivées par le fait que les patients supportent mal ce genre de thérapie et préfèrent utiliser des moyens de stimulation systémique, gustatifs ou mécaniques (16). Nous citerons tout de même trois spécialités se présentant en spray et commercialisés en France : l'Artisial®, la Syaline®, l'Aequasyal®. Loin d'être, elles aussi, des panacées, elles constituent des traitements adjuvants et symptomatiques d'efficacité modérée. Le principe actif de ses molécules est respectivement :

- Du carboxyméthylcellulose (CMC) pour l'Artisial® et la Syaline®. (39;126)
- Des triesters de glycérol oxydés pour l'Aequasyal, de consistance plus huileuse. (59)

La viscosité des substituts contenant des CMC est supérieure à celle de la salive. Pour l'anecdote, nous pouvons évoquer l'Orthana® originaire de Suède et non commercialisé en France qui est une salive artificielle à base de mucine de porc et de propriétés rhéologiques voisines de la salive. Les études rapportent que cette salive artificielle est mieux supportée par

les patients. Le problème de ce substitut est le risque de contamination par des agents conventionnels ou non que son utilisation peut provoquer (91).

En fonction des désirs des patients, les différentes salives artificielles pourront être utilisées avant les repas ou une discussion (55), le matin au lever ou le soir au coucher (126) de manière à soulager le patient provisoirement ou en cas d'aggravation de l'hyposialie et chez les porteurs de prothèses amovibles (137). Leur posologie est toutefois bien spécifiée, le tableau 11 les détaille.

Nom de spécialité	Posologie
Syaline®	6 à 8 pulvérisations par jour
Artisial®	4 à 8 pulvérisations par jour
Aequasyal®	3 à 4 fois par jour sur la face interne de chaque joue à étaler ensuite au doigt sur les zones enflammées

Tableau 11: Posologies des principaux substituts salivaires commercialisés en France (39;58)

3.4 Intérêts des apports fluorés et antiseptiques

A l'âge adulte, le fluor pourra agir par voie topique lors des processus de dé- et reminéralisation de l'émail et sur les bactéries de la flore buccale. Le fluor a une action cariostatique. En effet, il peut se combiner aux cristaux d'apatite pour former lors de la précipitation de ceux-ci des cristaux de fluoroapatite, moins solubles dans l'eau et plus résistants aux attaques acides à l'origine des lésions carieuses. De plus, le fluor possède un pouvoir antiseptique, inhibe la prolifération bactérienne, ralentit le métabolisme bactérien (la synthèse polysaccharidique, la glycolyse, le transport intracellulaire du glucose et les metalloenzymes) et favorise la reminéralisation de l'émail (par effet tampon sur la salive et diminution de l'acidosensibilité de l'émail). Dans l'optique d'une prise en charge à long terme, les apports fluorés doivent être maintenus en permanence car leur interruption s'accompagne rapidement de l'arrêt de l'action cariostatique précédemment obtenue. (114;132)

3.4.1.1 Apports fluorés topiques supplémentaires

Des apports fluorés topiques peuvent parfois constituer des moyens de prévention non négligeables des lésions carieuses. Toutefois, il faut bien garder à l'esprit qu'ils ne peuvent, en aucun cas se substituer aux mesures préventives d'hygiène et de diététique. La relation patient-praticien doit s'inscrire dans un contrat de soins réciproque où chacun des acteurs doit

fournir des efforts. En l'absence de mise en œuvre de nos conseils d'hygiène, il semble inutile de procéder à des mesures supplétives par apport supplémentaire de fluor d'action topique. L'essentiel de la réussite d'un programme de prévention tient plus aux efforts fournis quotidiennement par le patient qu'aux bénéfices éventuels résultants de l'action du fluor.

3.4.1.1.1 Gels

Leur utilisation est recommandée chez les patients présentant un risque carieux élevé (76;95). Ces gels doivent être appliqués au fauteuil. L'utilisation d'une gouttière pour ce faire est envisageable. Dans le cas des patients schizophrènes, Friedlander et coll. conseillent de pratiquer cette thérapeutique tous les 3 mois (47). Le gel doit être appliqué, après nettoyage de la cavité buccale, au contact des dents pendant 4 minutes. Le patient doit ensuite cracher la solution mais sans rincer sa bouche. Il doit s'abstenir ensuite de s'alimenter, de se brosser les dents et de boire pendant la demi-heure qui suit l'application. (139) Clark et King conseille plutôt l'utilisation quotidienne de gels fluorés stanneux (fluorures d'étain) à 0,4% ou au cours de rendez-vous réguliers au cabinet dentaire (sans préciser la fréquence) appliqués à l'aide de gouttières personnalisées (30;72).

Le pH du gel doit être adapté au besoin du patient. En effet, un Ph acide permet d'augmenter l'échange de fluor entre la solution et l'émail, mais provoque également une dissolution des reconstitutions ciments verres ionomères (CVI), des résines et des céramiques (61;132).

En France, l'utilisation des fluorures d'étain a été abandonnée au profit du fluorure de sodium (132;139). Ce dernier, en effet, présente moins d'effets secondaires que son homologue stanneux : il bénéficie d'un meilleur goût, un moindre pouvoir irritatif des gencives et ne s'accompagne pas de colorations dentaires. Dans un but prophylactique, les praticiens préconiseront donc préférentiellement l'application quotidienne de gels de fluorures de sodium à une concentration de 1% environ et de pH neutre (fluocal®, fluogel®) ou une application annuelle ou bisannuelle au fauteuil pendant 4 minutes avec une solution à 2%.

3.4.1.1.2 Bain de bouche

Les bains de bouche fluorés peuvent, eux aussi, présenter un certain intérêt dans la prévention des caries chez le patient psychotique (72). Chez les patients à haut risque carieux, ses effets positifs sur la conservation des dents permanentes sont généralement admis. C'est une solution qui a l'avantage d'être simple, efficace et peu onéreuse (76;139).

Ils sont utilisés aux concentrations suivantes (76;132;139) :

- 0,05% de concentration en fluorure de sodium pour les rinçages quotidiens.

- 0,2% de concentration en fluorure de sodium en usage hebdomadaire.

3.4.1.1.3 Vernis

Les vernis fluorés constituent une solution séduisante de prévention de la carie dentaire. Sa mise en place est rapide et peu se faire dans un environnement où le contrôle de l'humidité n'est pas assuré (secteurs molaires inférieurs par exemple). (142)

Leur application présente des résultats supérieurs à la simple utilisation des bains de bouche fluorés et nécessite une faible compliance de la part du patient (132;142). Par rapport aux gels fluorés appliqués au fauteuil, leur mise en place est plus facile et ne nécessite pas un séchage intensif des arcades. Les patients se plaignent peu de leur goût, mais plus de leur odeur. Cependant, ils sont susceptibles de provoquer des colorations temporaires marron ou jaunes, esthétiquement préjudiciables. Ils sont également à proscrire chez les patients asthmatiques. Après leur application, il est nécessaire que le patient ne s'alimente ni ne boive pendant les 4 heures suivantes. Le brossage des dents doit être évité jusqu'au lendemain matin.

Ils doivent être appliqués sur les surfaces lisses des dents. Leur action cariostatique, par relargage d'ions fluorures, est limitée dans le temps. Pour conserver leur pouvoir, un renouvellement trimestriel est nécessaire. (139)

3.4.1.2 Chlorhexidine

La chlorhexidine est un agent antiseptique utilisé très fréquemment par les chirurgiens-dentistes. Son spectre d'action sur les bactéries est très étendu. Elle se fixe à la surface de celles-ci et provoque la libération du contenu cellulaire par modification de la perméabilité de leurs parois. Par son action bactéricide, elle inhibe la formation de la plaque dentaire, principal vecteur de bactéries pathogènes en bouche. Son efficacité, le caractère rémanent de son action et le peu d'effets secondaires (colorations) que son utilisation suscite en font un outil de 1^{er} choix dans la prévention des affections buccales. (9;23;30;47;114)

Même si, dans la littérature, il est rapporté des utilisations sous forme de vernis à une concentration de 10% (114), de gels (15) ou de nettoyage vigoureux à la gaze (imbibée de chlorhexidine à 0,2% et d'eau oxygénée) (24), la forme la plus communément utilisée reste les bains de bouche (à diluer ou non). Son utilisation répétée à long terme pose tout de même le problème de l'apparition d'un déséquilibre de la flore buccale saprophyte et de l'apparition, le cas échéant, d'affections mycosiques. En outre, dans le cadre de xérostomie ou d'antécédents d'alcoolisme chronique, les solutions de chlorhexidine contenant de l'alcool sont à proscrire. (24)

3.5 Mesures spécifiques de prévention chez les patients séjournant en milieu hospitalier

3.5.1 Précautions à prendre en cas de sismothérapie

La sismothérapie est indiquée pour les psychoses dans le cas de schizophrénie catatonique mettant en jeu le pronostic vital (71). Ce traitement consiste en l'application d'un courant électrique, par l'intermédiaire d'électrodes, jusqu'à l'atteinte du seuil épileptogène du sujet. Le patient est bien entendu sous anesthésie générale et curarisé afin de diminuer les mouvements convulsifs induits par la décharge. Lors de ces séances, une contraction des muscles ptérygoïdiens, des masséters et des muscles temporaux est toutefois observée. Les traumatismes dentaires (expulsion, fracture) et les blessures des tissus mous sont des risques reconnus de la sismothérapie. La ventilation, après l'induction de l'anesthésie, peut se faire manuellement ou sous intubation oro-trachéale (extrêmement rare). La mise en place de moyens de prévention de traumatismes buccaux lors des séances est nécessaire.

S'il n'y a pas d'intubation, l'ANAES préconise la mise en place d'un tampon constitué d'un rouleau de coton ou de gaze enroulée autour d'un abaisse langue et disposé latéralement. En cas d'intubation, l'anesthésiste utilise la canule de Guedel.

Dans l'idéal, ce système devrait être remplacé par un protège-dents. Il devrait être personnel (recommandations de l'American dental association), flexible et en suroclusion des secteurs molaires. Dans la réalité, il faudra plutôt rechercher (92) :

- Une facilité d'insertion et de désinsertion
- Une adaptabilité importante à la bouche des patients
- Un moindre coût à l'achat
- Des gouttières de protection à usage unique ou autoclavables.
- Une configuration n'interférant pas avec la mise en place du masque d'anesthésie.

Les morsures ont lieu quand les lèvres, les joues ou la langue sont prises entre les arcades dentaires ou entre la gouttière de protection et les dents. Un saignement traumatique important en bouche peut justifier l'arrêt de la séance de sismothérapie en cours. L'anesthésiste se doit de vérifier avant chaque intervention l'absence de ces interférences. (5;17)

Dans le cas de dents fragilisées (atteintes carieuses et prothèses fixées) ou de parodontopathies, les risques d'expulsions et de fractures dentaires sont majorés. Une consultation préalable en service odonto-stomatologique peut éviter de tels désagréments.

Se pose cependant le problème de l'accès à ces services. En cas de difficulté de transferts de ces patients, l'anesthésiste peut éventuellement procéder à une présélection des candidats et adresser, dans un second temps s'il l'estime nécessaire, le patient en consultation spécialisée. Morris et coll. (95) suggèrent cependant de fournir des informations écrites claires et détaillées à l'anesthésiste concernant les points importants à vérifier en bouche et les moyens pour contacter les services responsables des soins dentaires et de la chirurgie buccale.

3.5.2 Rôle du personnel soignant dans la prévention des affections bucco-dentaires

L'équipe soignante peut être d'une grande aide dans la prévention des troubles bucco-dentaires (40;72;128). La vérification journalière du brossage des dents et du nettoyage des prothèses amovibles doit être systématique. Un examen buccal rapide peut également permettre un dépistage des lésions carieuses et ainsi permettre au chirurgien-dentiste d'intervenir avant l'apparition de la douleur et surtout hors de tout contexte d'urgences, ce qui est encore trop souvent le cas.

La sensibilisation des infirmiers au problème et conséquences générales organiques ET psychiques des affections bucco-dentaires est peut-être insuffisante. Une évaluation de l'importance accordée à l'hygiène bucco-dentaire dans les services de psychiatrie et éventuellement la mise en place de campagne d'information ciblant les personnels médicaux et paramédicaux de psychiatrie peuvent et doivent être mis en place. (40;128)

4 Spécificité des traitements et soins lors de l'exécution d'actes d'odontologies conservatrice et chirurgicale

4.1 Problèmes opératoires et leurs conséquences

La stabilité psychique et la coopération des patients psychotiques, même si elles sont globalement inférieures à celles de la population générale, varient grandement d'un individu à l'autre (28;47). En effet, au regard de la faible coopération de la plupart de ces patients ainsi que de leurs mauvaises habitudes d'hygiène bucco-dentaire, il peut sembler *a priori* évident que certains types d'actes odontologiques, lourds et longs, sont d'emblée inenvisageables. Toutefois, nous pouvons imaginer que des patients schizophrènes en voie de guérison permanente (évolution dans 20 à 30% des cas, voir paragraphe 1.4.1.1) ou des patients paraphrènes dont le délire reste sectorisé peuvent éventuellement être traités comme des patients en bonne santé. Le praticien, de par son expérience clinique et son savoir théorique à propos de la psychologie des patients, doit être capable de déterminer le plus précisément possible quelles mesures les sujets psychotiques peuvent accepter. En cas de doute, l'avis du psychiatre traitant peut également l'aider. Dans ce cadre, il semble illusoire d'établir une conduite à tenir de référence. Les nombreux problèmes spécifiques aux patients psychotiques rencontrés lors de l'exercice odontologique et rapportés dans la littérature ne sont pas systématiques.

4.1.1 Déroulement des soins

Comme nous avons pu le constater précédemment, le patient psychotique peut nécessiter un aménagement spécifique des rendez-vous. Le peu de fiabilité de ces personnes peut pousser le praticien à augmenter la durée de chaque consultation afin d'exécuter le plus vite possible un maximum de soins. Ainsi, il se rapprocherait rapidement d'un état bucco-dentaire satisfaisant avant la survenue d'éventuels rendez-vous manqués. Ce mode d'action semble cependant peu judicieux car, souvent, ces sujets éprouvent des difficultés à conserver une position fixe. Un allongement de la durée de chaque séance de soins pourra alors être mal ressenti par le psychotique et favorisera son abandon des traitements dentaires. Les conséquences obtenues seront donc l'inverse de celles recherchées. **Le praticien devra plutôt opter pour des rendez-vous courts. (54;72)**

Si les effets secondaires extrapyramidaux augmentent la difficulté de réalisation des soins, il convient de ne pas montrer de signes d'énervement (47;72). Une cale disposée dans la zone postérieure entre les 2 arcades peut éventuellement nous aider. Il faut cependant

qu'elle soit acceptée par le patient. Si un tel système ne peut être mis en place ou échoue à immobiliser les arcades, le recours à l'anesthésie générale peut alors se justifier (60).

Pour certains soins conservateurs nécessitant l'isolement du site opératoire, la pose de la digue semble judicieuse malgré le faible flux salivaire. Cependant, celle-ci peut être mal vécue par le patient psychotique. Elle peut provoquer des sensations d'étouffement et de suffocation majorées par l'instabilité psychologique du patient et par l'effet dépresseur respiratoire de certains traitements psychotropes (les benzodiazépines principalement). (39;72)

D'autre part, après un acte de chirurgie buccale, il convient de consigner les conseils post-opératoires par écrit et de les confier à la fois au patient et à la personne accompagnante car, dans ce cas aussi, leur observance n'est pas toujours garantie (72).

4.1.2 Choix des matériaux d'obturation coronaire

Les atteintes carieuses chez le patient psychotique sont généralisées et touchent à peu près toutes les surfaces amélaire, y compris celles épargnées habituellement par ces lésions. Les caries sont très larges mais, en général, peu profondes et leurs limites mal définies. Le choix du matériau d'obturation coronaire doit prendre en compte la longévité de la restauration, le degré de coopération du patient, la facilité d'accès en bouche et les sollicitations oclusales. Chez le schizophrène, les propriétés esthétiques ne sont à prendre en compte que secondairement, l'aspect fonctionnel et pérenne des produits utilisés doit primer avant tout. Le chirurgien-dentiste devra opter pour des matériaux d'utilisation rapide et efficaces. (53)

Le matériau idéal n'existe pas. Les composites sont longs à mettre en place, nécessitent un environnement sec lors de leur pose. Ils ne possèdent aucune action cariostatique et sont davantage facteurs de rétention de plaque. Les gingivites, fréquemment rencontrées chez les patients xérostomiques et/ou ayant de mauvaises habitudes d'hygiène bucco-dentaire, accroît le risque de saignement gingival lors du curetage de la carie et de la pose de la restauration. La pose de la digue comme nous l'avons vu précédemment peut être problématique... L'étanchéité de telles obturations ainsi que leur longévité vont s'en trouver alors diminuées. De plus, la rétraction de prise de ce matériau favorise l'apparition de caries secondaires s'étendant tout le long du joint dent-composite. Ce type de matériau est donc de le plus souvent à éviter.

Les ciments verres ionomères (CVI) sont moins sensibles à l'humidité 48 heures après la pose et permettent le relargage de fluor au niveau des tissus dentaires après leur pose,

cependant ils possèdent des propriétés mécaniques médiocres et s'érodent rapidement. (27;37) Les CVI modifiés par l'adjonction de résine (CVIMAR) présentent une alternative intéressante aux ciments verres ionomères traditionnels (13). Ils possèdent des propriétés mécaniques et optiques supérieures au CVI, et une résistance supérieure à l'hydratation précoce par les fluides buccaux, tout en conservant leurs propriétés adhésive et prophylactique. Leur utilisation seule ou éventuellement couplée avec les composites (technique de sandwich ouvert et sandwich fermé) est indiquée si l'étanchéité du champ opératoire n'est pas garantie. La vitesse de leur mise en place est favorisée par leur photopolymérisation en bloc (par réaction acide-base), indépendante de la profondeur de la cavité. Le fluor qu'ils libèrent *in situ* en font des matériaux d'obturation de choix chez les patients polycarieux. Leurs propriétés mécaniques ne semblent toutefois pas assez suffisantes pour supporter les charges occlusales et garantir les contacts interproximaux.

Gyrst et Mount (1999) (54), dans une étude rétrospective portant sur cinq années d'activité clinique dans une institution australienne spécialisée dans le soins des handicapés et des malades mentaux, ont cependant constaté que le matériau le plus fiable et de longévité la plus importante reste le CVIMAR par rapport au composite et à l'amalgame d'argent.

Haveman et coll. (2003) (61) concluent que, chez des patients xérostomiques, les amalgames et les CVI ont la même efficacité dans les cas de cavités de classe III ou V, mais à condition que l'application quotidienne d'un gel fluoré de pH neutre soit respectée. Dans le cas d'une négligence de ces apports, ce qui est plus souvent le cas chez les patients délirants, le CVI obtient de meilleurs résultats quant à la proportion de récurrences carieuses sous obturation au bout de 2 ans.

Chez des patients psychotiques polycarieux, il semble préférable d'utiliser les CVI (et *a fortiori* les CVIMAR) pour les cavités de classes III et V. Les amalgames ne seront à utiliser que dans le cas où de fortes forces occlusales sont mises en jeu (calage postérieur et mastication) pour des cavités de classe I ou II de taille importante. Le polissage des restaurations est obligatoire et ce, pour éviter l'apparition de phénomènes d'hyperplasie gingivale (27;37;72). Les sealants peuvent éventuellement être utilisés pour prévenir les caries de classe I sur les molaires, si le sillon peut être parfaitement isolé de la salive. (55)

4.1.3 Considérations sur la pratique de l'endodontie chez le patient psychotique

La dépulpation reste l'un des actes les plus délicats à effectuer en odontologie conservatrice. Certes les innovations techniques des dernières années (c'est-à-dire la

radiovisiographie, les localisateurs d'apex, la préparation mécanisée, l'obturation par gutta chaude, le microscope) ont considérablement simplifié les protocoles et diminué le temps nécessaire à l'exécution du geste. Les clés du succès d'une obturation canalair restent toutefois les mêmes : l'élimination la plus complète possible du contenu canalair, une obturation des canaux dense et complète jusqu'à l'apex, un maintien de l'asepsie du champ opératoire rigoureux pendant l'acte ainsi qu'une obturation coronaire étanche pour garantir la pérennité du traitement et la sauvegarde de la dent traitée le plus longtemps possible (**141**).

La mise en place de bonnes conditions opératoires chez le patient psychotique semble toutefois compromise par son manque de coopération et les éventuels troubles posturaux dont il peut être victime. Il semble légitime de s'interroger sur l'initiation d'un traitement endodontique chez un patient instable psychologiquement qui potentiellement ne se représentera pas, hors contexte d'urgences, aux rendez-vous. Cependant, du fait de la grande variabilité des tableaux cliniques, les antécédents de psychose ne sont pas et ne doivent pas devenir un critère systématique d'exclusion de l'endodontie... C'est au chirurgien-dentiste d'évaluer, pour chaque patient psychotique et pour chaque dent qu'il soigne, l'aptitude psychique et physique du sujet à bénéficier d'un traitement endodontique, et même si cela nécessite de repousser ce type d'acte (hors contexte d'urgence) de plusieurs séances pour mieux affiner son jugement. De plus, le praticien doit prendre en compte les objectifs du patient. Il serait en effet absurde de vouloir conserver une dent très délabrée et dont le traitement nécessiterait plusieurs rendez-vous et beaucoup d'efforts à la fois de la part du chirurgien-dentiste et du patient si ce dernier ne montre aucune motivation (conséquence de sa psychose) quant à la conservation d'un état buccal satisfaisant.

De nombreux critères techniques peuvent influencer sur la décision du praticien. Pour être pratiquée dans de bonnes conditions, l'endodontie nécessite une asepsie rigoureuse et un accès dégagé à la chambre pulpaire et aux canaux. La digue reste la solution de choix pour obtenir une telle situation. Elle permet d'isoler le champ opératoire, aide au maintien de l'ouverture buccale et évite l'ingestion d'instruments lors de l'acte (**104**). Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, son utilisation est souvent rendue impossible par le sentiment d'oppression et de suffocation qu'elle peut susciter. Son absence peut grandement affecter le succès du traitement et doit être prise en compte dans la décision de traitement canalair. Une incapacité à maintenir la bouche constamment ouverte lors des soins peut également contre-indiquer le traitement endodontique (**141**) et faire pencher la balance en faveur de l'extraction, que cette incapacité soit due aux effets secondaires extrapyramidaux des psychotropes (tremblements), ou à un obstacle psychologique (besoin constant de se rincer, etc.).

Tous ces obstacles ne doivent pourtant pas décourager le praticien. En dernier recours, adresser le patient à un endodontiste confirmé et plus expérimenté pour traiter une dent à valeur stratégique (fonctionnelle et ou esthétique) peut constituer une alternative possible.

4.1.4 Indications et modalités des moyens de sédation

Comme il est indiqué dans les précédents chapitres, la prise en charge des patients psychotiques passe de nos jours par une désinstitutionnalisation... Il est prévisible que nous soyons de plus en plus confrontés aux patients psychotiques dans notre exercice en ambulatoire. La littérature spécialisée de chirurgie-dentaire parle peu des difficultés à obtenir la collaboration des patients psychotiques d'emblée non coopérants. Certes, les moyens de sédation existent dans notre profession pour remédier aux problèmes de coopération qui résultent de phobies incontrôlables ou d'une instabilité psychologique. La solution d'adresser ces patients, en cas de difficulté d'exécution des actes, aux praticiens exerçant en cliniques et hôpitaux pour une intervention sous oxygène et protoxyde d'azote ou anesthésie générale, si elle devient systématique, n'est pas une option viable à long terme. La difficulté potentielle à mettre en place une relation patient-praticien efficace, et les risques médicaux supplémentaires engendrés par les traitements psychotropes peuvent pousser les chirurgiens-dentistes à se dédouaner systématiquement des soins et envoyer les sujets dans des structures hospitalières sans que cela ne soit justifié. L'autre effet pervers d'une telle pratique est la stigmatisation que les patients psychotiques pourraient ressentir. La consultation pour des soins bucco-dentaires fait souvent partie d'un processus de réhabilitation sociale initiée par les malades. Même si la sédation par MEOPA a également pour objectif de permettre au patient de retrouver, à terme, des conditions de soins standard, en choisissant la sédation, le praticien prend le risque de les confronter, une fois de plus, à leur maladie, de mettre l'accent sur leur différence. Cette décision s'avère donc peu judicieuse chez ce type de patients à l'équilibre psychique et social plus que précaire. La solution de la sédation reste intéressante mais doit relever d'un vrai besoin et non d'une facilité.

4.1.4.1 Indications

Classiquement, dans la littérature spécialisée trois niveaux de sédations sont individualisés (12) :

- La sédation consciente : C'est un état de dépression de la conscience, contrôlée médicalement et au cours duquel le patient maintient ses réflexes de protection, contrôle de façon continue et autonome ses voies respiratoires et répond de façon appropriée aux stimulations verbales et physiques.

- La sédation profonde : La notion d'état de dépression de la conscience contrôlée médicalement y est également retrouvée. Cependant, dans cette situation, le réveil du patient est plus difficile et les réflexes de protection sont émoussés. Cet état s'accompagne également d'une perméabilité des voies aériennes et une incapacité à répondre aux ordres verbaux et/ou aux stimulations physiques.
- L'anesthésie générale : Elle associe l'état d'inconscience, l'amnésie, l'analgésie et la relaxation musculaire. Les réflexes de protection sont absents et le patient nécessite l'assistance d'une ventilation mécanique continue sous monitoring.

L'intérêt de telles mesures est de gérer au mieux les troubles du comportement, le stress et la douleur au cours des soins, tout en permettant un retour au domicile en toute sécurité (12).

Les états recherchés par le chirurgien-dentiste sont la sédation consciente (induite par la prémédication sédatrice, par injection intraveineuse ou par inhalation) ou l'anesthésie générale.

Les consensus en matière de conduite à tenir quant au choix de l'état de sédation en odonto-stomatologie, et à fortiori sur les conduites à tenir chez le patient psychotique brillent par leur absence. Certains auteurs estiment cependant que la sédation consciente doit être évitée chez les patients psychotiques car elle peut potentiellement aggraver le phénomène de dissociation. (113)

La haute autorité de la santé (60) a défini dans un rapport de juin 2005 les indications et contre-indications de l'utilisation des anesthésies générales pour les actes d'odonto-stomatologie courants. Ces indications sont :

- Liées à l'état général du patient :
 - Dans le cas où les conditions comportementales empêchent toute évaluation et/ou traitement bucco-dentaire à l'état vigilant et après échec de plusieurs tentatives au fauteuil.
 - En situation de nécessité de remise en état buccal lourde et urgente avant une thérapeutique médicochirurgicale générale (en carcinologie, hématologie, cardiologie, avant une greffe d'organe, etc.)
 - Si l'ouverture buccale est limitée et empêche un examen ou un traitement immédiat.

- Liées à l'intervention :
 - Si les interventions sont longues, complexes et nécessitent l'exécution de plusieurs actes en une seule séance.
 - Pour la prise en charge d'états infectieux loco-régionaux nécessitant une intervention en urgence quand le pronostic vital est en jeu (drainage, ostéoradionécrose...)
- Liées à l'anesthésie locale :
 - En cas de contre-indication formelle à l'anesthésie locale (allergie, porphyrie, épilepsie non contrôlée).
 - Si le niveau d'insensibilité nécessaire à l'exécution des actes, suite à l'utilisation de l'anesthésie locale, est impossible à atteindre et ce après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

Seul un risque anesthésique majeur mettant en jeu la vie du patient peut contre-indiquer l'utilisation de l'anesthésie générale et seulement après avoir évalué le bénéfice de l'intervention par rapport au risque encouru. Le refus du patient et/ou de son représentant légal dans le cadre de l'exécution de soins d'odonto-stomatologie courants empêchent également de recourir à une telle pratique. L'information et le consentement à l'anesthésie générale sont obligatoires (décret du 5 décembre 1994, renforcée par la loi du 4 mars 2002). **(60)**.

Malgré l'absence de référentiels pour la prise en charge des patients à besoins spécifiques (dont les patients psychotiques), les indications de non coopération comportementale peuvent se rapporter au sujet psychotique potentiellement plus agité, plus anxieux (voire violent) que tout autre patient **(60)**. Le problème du consentement (soit parce qu'il n'est pas donné, soit parce qu'il n'est pas fiable) peut remettre à plus tard une remise en état bucco-dentaire, une fois que le patient sera stabilisé. Les traitements prodigués dans ces circonstances n'auront alors qu'une finalité palliative **(72)**.

4.1.4.2 Précautions particulières à prendre

4.1.4.2.1 Prémédication sédatrice

Les patients psychotiques sont davantage soumis au stress et plus vulnérables face à une situation stressante. Parfois, le comportement adapté du praticien est primordial pour établir un climat de confiance mais peut être insuffisant.

Nombre de molécules utilisées en prémédication sédatrice par le chirurgien-dentiste n'a pas d'indication reconnue pour prévenir l'anxiété situationnelle des patients. **(12;18;113)**

Ces traitements ne doivent ni entraver la vigilance, ni modifier les paramètres physiologiques et la ventilation. Ils doivent permettre un retour rapide à l'état basal après une sédation ponctuelle (**12;88;113**). La mise en place de telles médications nécessite une surveillance du sujet avant, pendant et après le rendez-vous. La présence d'une personne accompagnante est souhaitable voire obligatoire lors des consultations.

La présence de traitements psychotropes, anxiolytiques et/ou tranquillisants (benzodiazépines, hydroxyzine, phénothiazines...) au long cours chez les patients schizophrènes restreint les possibilités de prémédication sédative (**113**). Si le patient bénéficie déjà d'un traitement comportant des benzodiazépines (Valium®, Seresta®, Tranxène®, Temesta®) ou d'autres molécules (Atarax®) à visée tranquillisante, le chirurgien-dentiste devra demander au psychiatre traitant de prescrire, si possible, une double dose de ces médicaments une heure avant les soins (programmés le matin) et éventuellement la veille de la consultation en cas de stress réellement important.

Si le patient est déjà sous traitement neuroleptique à effet tranquillisant majeur (Tercian®, Largactil® ...), il est déconseillé et même inutile de prescrire en supplément des molécules sédatives anxiolytiques mineures type Valium® ou Atarax®. Dans ce cas, l'effet sédatif supplémentaire obtenu est quasi inexistant. (**51;88**)

En absence de tranquillisants, l'hydroxyzine (Atarax®), du fait du peu d'interactions médicamenteuses (**1**) ou d'effets secondaires à dose usuelle (1mg/kg, 1 heure avant l'intervention et éventuellement la veille au soir) reste la molécule de choix pour la prémédication sédative en odonto-stomatologie. Les autres molécules sédatives (benzodiazépines) doivent être prescrites par le médecin traitant. (**113**)

4.1.4.2.2 Sédation consciente Intraveineuse

La sédation consciente intraveineuse est réservée à l'usage hospitalier sous contrôle d'un anesthésiste. Les molécules utilisées sont des benzodiazépines hypnotiques à courte durée d'action telles que le midazolam (Hypnovel®) et le propofol (Diprifusor®). (**88;94;110**).

La sédation reste tout de même contre-indiquée en cas de troubles psychiatriques sévères tant du fait de la potentialisation des effets sédatifs induits par l'association que du risque de majoration de la dissociation liée à l'état de sédation consciente. (**1;110**)

4.1.4.2.3 Sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote

L'analgésie relative et la sédation consciente peuvent être induites par inhalation de gaz sédatifs (**12**). La sédation par inhalation peut se faire par l'administration d'un mélange

équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (NO₂) (MEOPA). Une réoxygénation de 5 minutes à l'issue des soins est souhaitable pour chasser le protoxyde des tissus.

En France, cette application n'est possible qu'en milieu hospitalier. Elle est réservée aux enfants, aux adultes non coopérants et phobiques en situation de soins et aux personnes handicapées. (12;20;64;113)

L'utilisation chez le patient souffrant de dissociation doit être évitée dans la mesure du possible, car elle peut induire une majoration de celle-ci. De plus, cette sédation peut potentialiser l'effet des benzodiazépines et provoquer une dépression respiratoire. Associée à d'autres dépresseurs du système nerveux central, elle augmente la somnolence et le risque de vomissements et d'hypotension. La prise de contact avec le psychiatre reste indispensable afin d'avaliser la mise en place de tels protocoles (12;105)

4.1.4.2.4 Anesthésie générale (12)

L'anesthésie générale reste la dernière alternative pour pouvoir effectuer de manière performante les soins conservateurs et les actes de chirurgie-dentaire. Les traitements dentaires effectués lors d'une anesthésie générale semblent plus fiables que ceux effectués sous sédation consciente. Le recours à une telle mesure peut, de plus, avoir un impact psychologique sur le patient et à sa famille et induire une meilleure observance des mesures préventives d'hygiène dentaire.

4.2 Interactions médicamenteuses chez le patient psychotique dans le cadre de l'exercice odontologique

4.2.1 Interactions médicamenteuses avec les composants de l'anesthésie locale

4.2.1.1 Molécules anesthésiques (56)

Les molécules anesthésiques ne sont pas sujettes à des interactions médicamenteuses avec les traitements des patients psychotiques. Les précautions relatives à l'usage de celles-ci sont identiques à celle de la population générale (allergie, méthémoglobinémie, paresthésie, surdosage).

4.2.1.2 Vasoconstricteurs

L'adrénaline ou la noradrénaline présentes dans nos anesthésiques locaux sont les principaux vecteurs d'interactions médicamenteuses avec les médicaments impliqués dans le traitement des psychoses.

Les antidépresseurs imipraminiques (Anafranil® et Laroxyl® principalement) bloquent la recapture des amines secrétées lors de la neurotransmission, ils potentialisent alors l'effet de ces neurotransmetteurs. Ils ont une action noradrénergique, sérotoninergique et anticholinergique centrale et périphérique. L'adrénaline et, de manière plus importante, la noradrénaline injectées lors des anesthésies locales sont également victimes de ce phénomène. Par le blocage des récepteurs muscariniques et alpha1-adrénergique, ces antidépresseurs dépriment le myocarde et modifient la réponse cardiovasculaire aux vasoconstricteurs (86). Le praticien peut alors assister à l'apparition de troubles du rythme ventriculaire importants par augmentation de l'excitabilité cardiaque. Pour éviter de tels désagréments, l'utilisation de la noradrénaline est à proscrire et l'adrénaline devra être utilisée à des concentrations de 1/200000 (1;36;67;113). La dose maximale qui peut être injectée doit correspondre à peu près au tiers de celle pouvant être administrée chez un adulte normal, c'est-à-dire 0,3mg d'adrénaline en 1 heure ou 0,1mg en 10 minutes.

Dans le cas des antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), il est nécessaire de bien distinguer les IMAO sélectifs, des non sélectifs. Les IMAO non sélectifs appartiennent à une classe médicamenteuse représentée en France par le Marsilid® et vouée dans un futur proche à disparaître des autorisations de prescriptions. Les interactions entre ces médicaments et les vasoconstricteurs sont du même type que pour les antidépresseurs imipraminiques. L'AFSSAPS (1) met en garde contre toute utilisation de vasoconstricteurs chez les patients qui bénéficient encore de ce traitement car ils pourraient provoquer des troubles graves de l'excitabilité et du rythme cardiaques. **La noradrénaline reste contre-indiquée** et l'adrénaline peut être administrée avec parcimonie à des doses inférieures à 0,1mg en 10 minutes et à un maximum de 0,3mg en 1 heure (39;113). L'utilisation de carpules faiblement dosées (1/200000 ou 1/300000) est préférable (31). Il est à noter que l'état général et psychique de ces patients les cantonne malheureusement aux soins d'urgences bucco-dentaires en milieu hospitalier, ils ne sont donc pas rencontrés en ambulatoire. Aucune contre indication à l'utilisation des vasoconstricteurs chez les patients sous IMAO sélectifs n'est relevée dans les recommandations de l'AFSSAPS (1) ou de la société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale (SFMBCB) (86).

Dans le cas de prise d'antidépresseurs non imipraminiques, non IMAO inhibant la recapture de la sérotonine et de l'adrénaline (Ixel® et Effexor®), l'AFSSAPS (1) préconise, toujours pour éviter les manifestations indésirables évoquées précédemment, de procéder à l'administration de l'adrénaline suivant les mêmes modalités que pour les antidépresseurs imipraminiques. (1;56)

Le risque d'interaction entre l'adrénaline et les antipsychotiques utilisés aux doses classiques reste théorique. Les antipsychotiques bloquent les récepteurs alpha-adrénergiques des fibres musculaires lisses des artères périphériques, responsables de la vasoconstriction. Les molécules vasoconstrictives injectées lors des anesthésies ne peuvent donc pas, en théorie, agir sur ces récepteurs. Leur action sera donc limitée aux récepteurs bêta-adrénergiques qui, eux, lorsqu'ils sont stimulés, provoquent la vasodilatation des artères. Ainsi, l'injection d'adrénaline ou de noradrénaline pourrait provoquer, paradoxalement, une vasodilatation. L'effet et la durée de l'anesthésie diminueraient alors, et la toxicité par passage plasmatique de l'adrénaline augmenterait (30;86). La SFMBCB considère que ce phénomène relève plus de la théorie que de la constatation clinique. D'ailleurs, ni la SFMBCB et ni l'AFSSAPS ne retiennent de contre-indications à leur emploi simultané (86).

Pour conclure ce chapitre, il nous semble nécessaire de souligner que, en aucun cas, l'arrêt des psychotropes, quels qu'ils soient, ne doit être envisagé s'il n'est motivé que par la prévention des effets indésirables éventuellement provoqués par l'injection de vasoconstricteurs. En effet, de telles pratiques peuvent potentiellement entraîner une récurrence des psychoses et des syndromes de sevrage. De plus la demi-vie de la plupart de ces médicaments est longue et peut s'étaler jusqu'à plusieurs semaines (formes retard injectables), un arrêt de 24 ou 48 heures de la prise des psychotropes ne serait donc d'aucun bénéfice (31).

4.2.1.3 Méthodes d'injection

L'injection doit toujours être faite lentement (débit de 1ml/min) et cela pour surveiller la survenue d'éventuels effets délétères. Le test d'aspiration est obligatoire quand l'injection est faite dans un territoire vascularisé (86). Il est même conseillé de le renouveler plusieurs fois au cours d'une injection. (31)

4.2.2 Interactions médicamenteuses avec nos prescriptions potentielles

4.2.2.1 Antalgiques

Les antalgiques et les prescriptions dont bénéficient les patients psychotiques peuvent éventuellement potentialiser certains effets secondaires des psychotropes.

La codéine et le dextropropoxyphène associés au paracétamol respectivement dans le Codoliprane® et le Diantalvic® (par exemple) sont à utiliser avec précaution chez les patients psychotiques traités par certains neuroleptiques (phénothiazines, butyrophénones, benzamides, thioxanthènes), des antidépresseurs imipraminiques (Anafranil®, Laroxyl®) ou

des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine purs (Prozac®, Seropram®) car ils augmentent le risque de neurosédation. Chez les patients sous IMAO non sélectifs, la prise de l'une de ces deux molécules antalgiques peut s'accompagner d'une augmentation paroxystique de la tension artérielle et d'hyperthermie. Chez les sujets sous benzodiazépines anxiolytiques (type Valium®, Tranxène®, etc.) ou hypnotiques (Halcion®, Stilnox®), elle peut majorer l'effet déprimeur respiratoire des molécules. (113)

Le tramadol (Tramadol®, Topalgic®) **est formellement contre-indiqué par l'AFSSAPS (1) chez les patients sous IMAO**, qu'ils soient sélectifs ou non, ainsi que pendant les 15 jours qui suivent éventuellement l'arrêt de leur prise. En cas d'association, le patient peut être victime de diarrhées, tremblements et convulsions et potentiellement suivis d'un coma. L'utilisation conjointe de ce morphinique mineur et d'un médicament inhibiteur de la recapture de la sérotonine peut donner lieu à l'apparition de convulsions et d'un syndrome sérotoninergique. Cette association doit être pratiquée avec prudence.

4.2.2.2 Antiémétiques

Le chirurgien-dentiste, pour diminuer le réflexe nauséeux pouvant survenir lors des actes au fauteuil, peut utiliser le Vogalène® (métopimazine), le Primpéran® (métopimazine), le Plitican® (alizapride) ou le Motilium® (dompéridone) (36;113). Les molécules actives de ces prescriptions sont de la même famille chimique que certains neuroleptiques (respectivement : phénothiazines, benzamides, benzamides également et butyrophénones). En cas d'association avec une autre phénothiazine (Largactil®, Nozinan®, Tercian®), le Vogalène® peut augmenter légèrement l'action sédatrice du neuroleptique. Cependant, du fait du faible passage des molécules antiémétiques à travers la barrière hémato-encéphalique, il n'existe pas de contre-indication à l'utilisation des antiémétiques liée au traitement de la psychose. (1;36;39)

Il est à noter que de nombreux médicaments faisant partie du traitement des psychotiques ont déjà des propriétés antiémétiques (42). Nous citerons notamment l'Haldol®, et les benzodiazépines tels que le Xanax® et le Temesta®. Le patient psychotique sera donc peu sujet à de tels désagréments lors des interventions en bouche.

4.2.2.3 Antibiotiques

Les macrolides sont des inhibiteurs enzymatiques qui peuvent diminuer la clairance hépatique de certaines benzodiazépines et par conséquent leur métabolisme. Le triazolam (Halcion®) est une molécule très lipophile qui nécessite un intense métabolisme. Efficace à faible concentration, cette molécule est particulièrement sujette à de telles interactions

médicamenteuses dynamiques (42). Une augmentation des effets indésirables du triazolam (notamment des troubles du comportement) a été rapportée en cas d'association avec la josamycine (Josacine®), l'érythromycine (Egery®, Erythrocline®) ou la clarithromycine (Zeclar®, Naxy®) (1;36). **AFSSAPS (1) déconseille donc leur association.**

4.2.2.4 Anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) augmentent, par inhibition des prostaglandines, la réabsorption du lithium au niveau du rein. Ce phénomène provoque une augmentation de la concentration sérique du lithium et peut, par conséquent, induire des manifestations de surdosage de types diarrhées, vomissements, nausées, tremblements et, si le problème se prolonge, des convulsions, le coma et la mort. Le surdosage peut survenir d'autant plus rapidement que la dose thérapeutique du lithium est très proche de la dose toxique (39;57). **L'AFSSAPS déconseille l'association** et demande d'effectuer une surveillance étroite de la lithiémie, à la fois pendant et après la prise des AINS, si la prise conjointe des deux médicaments est inévitable. En conclusion, dans le cadre de l'exercice du chirurgien-dentiste et en cas de patient psychotique bénéficiant entre autres d'un traitement de lithium (Teralithe®), il semble fortement judicieux d'éviter la prescription des AINS tels que l'ibuprofène (Advil®, Antarène®, Brufen®, Nurofen®, Nureflex®, etc.), le naproxène (Apranax®, etc.), l'acide tiaprofénique (Surgam®, Flanid®), etc. (1;36)

L'association d'anti-inflammatoires stéroïdiens (Cortancyl®, Célestène®, etc.) avec les médicaments pouvant induire des torsades de pointes cardiaques (phénothiazines et butyrophénones notamment) est également **déconseillée par l'AFSSAPS**. (1;36)

4.3 Précautions à prendre lors des actes liées à l'état général spécifique du patient psychotique

L'état général du patient psychotique peut nous amener à prendre des précautions supplémentaires lors de l'exécution des soins (28;123). Comme nous l'avons constaté précédemment, les traitements neuroleptiques suivis par ces patients peuvent éventuellement occasionner de nombreux effets secondaires hématologiques et neurologiques. De plus, les mauvaises conditions de vie de ces sujets qu'ils soient hospitalisés au long cours ou en dehors des institutions en font potentiellement des patients plus sujets aux risques infectieux locaux ou généraux.

4.3.1 Leucopénie et agranulocytose

Différents traitements psychotropes peuvent provoquer une leucopénie ou une agranulocytose iatrogène.

Les molécules et médicaments incriminés sont regroupés dans le tableau 12.

Molécules	Nom de spécialité	Nature et fréquence des troubles leucocytaires rencontrés
Miansérine	Athymil®	Agranulocytose (1 cas sur 1300 à 15000)
Mirtazapine	Norset®	Agranulocytose et neutropénie dans 1 cas sur 1000
Famille des Phénothiazines	Largactil®, Nozinan®, Tercian®	Agranulocytose exceptionnelle
Halopéridol	Haldol®	Agranulocytose exceptionnelle
Olanzapine	Zyprexa®	Leucopénie rare (moins de 1% des cas)
Clozapine	Clozapine®, Leponex®	Leucopénie dans 3% des cas et agranulocytose (0.43%) grave justifiant l'arrêt du traitement
Famille des antidépresseurs imipraminiques	Anafranil®, Laroxyl®	Agranulocytose

Tableau 12: Récapitulatif des psychotropes induisant une leucopénie (39)

Mis à part le cas particulier de la Clozapine, les effets secondaires leucopéniants de psychotropes sont considérés par les psychiatres et les pharmacologues comme exceptionnels. En milieu hospitalier, un contrôle de la numération de la formule sanguine sera exécuté au début de l'hospitalisation et après 2 à 3 semaines de traitement pour dépister d'éventuels problèmes hématologiques liés à la prise des psychotropes. Pour la clozapine, tant du fait de la fréquence que de la gravité des leucopénies potentiellement engendrées par le traitement, un dosage et la numération des leucocytes devront être effectués toutes les semaines pendant les 4 premiers mois du traitement. L'arrêt du traitement reste obligatoire en cas de découverte de

troubles hématopoïétiques chez le patient. Statistiquement donc, le sujet psychotique présente très peu de risques d'être victime d'une leucopénie d'origine médicamenteuse au moment de l'exécution de soins dentaires. En pratique, il semble néanmoins nécessaire de maintenir un principe de précaution vis-à-vis de tels patients quant au risque de développement potentiel d'une infection locale ou générale suite à certains soins dentaires. En conséquence, certains auteurs (25;28;46;47;72) estiment qu'il reste toujours préférable de s'enquérir auprès du psychiatre de la numération de la formule sanguine du patient avant l'exécution de tout acte risquant de provoquer une bactériémie.

En fonction de la gravité de l'immunodépression, certains actes d'odontologie chirurgicale et conservatrice, peuvent nécessiter une antibioprofylaxie pour être exécutés. Parfois même ils seront contre-indiqués. En France, l'ANDEM (6) a établi une série de recommandations, telles que décrites dans le tableau 13, à propos des possibilités thérapeutiques en odontologie chez les sujets à risque infectieux local ou général.

L'antibioprofylaxie consiste en l'administration de 3g d'amoxicilline, 1 heure avant l'intervention. Cette dose peut être ramenée à 2g chez les patients de poids inférieur à 50kg ou ayant précédemment montré des signes d'intolérance à la dose de 3g (123). En cas d'allergie aux bêta-lactamines, le chirurgien-dentiste devra prescrire 1g de pristinamycine ou 600mg de clindamycine à prendre dans les mêmes conditions que pour les pénicillines. Il est conseillé de regrouper les soins et d'effectuer le moins de séances possibles. En cas de séances de soins répétées, il est préférable d'espacer les rendez-vous d'au moins 10 jours. Avant les soins, le patient doit effectuer un bain de bouche à la chlorhexidine pendant 30 secondes.

Actes d'odontologies conservatrice et chirurgicale concernés	Degré de recommandations de l'antibioprophylaxie
Anesthésie intraligamentaire	1
Soins endodontiques :	
• Dent à pulpe vitale	2
• Endodontie des dents à pulpe non vitale y compris les reprises de traitement	2
Avulsions dentaires :	
• Dent saine	2
• Dent infectée	2
• Alvéolectomie	2
• Séparations de racines	2
• Amputation Radiculaire	2
• Dent incluse ou enclavée	2
• Germectomie	2
Transplantations/Réimplantations	3
Chirurgie périapicale	3
Chirurgie des tumeurs bénignes de la cavité bucale :	
• Tumeur des maxillaires	2
• Tumeurs des tissus mous	2
Chirurgie parodontale :	
• Chirurgie de la poche	3
• Pose de membrane	2
• Chirurgie muco-gingivale	2
Freinectomies	2
Chirurgie osseuse	2
Chirurgie implantaire	3
Mise en place de matériaux de comblements	3

Tableau 13: Recommandations de l'ANDEM sur l'usage de l'antibioprophylaxie chez les patients à risque infectieux local ou général lors des actes d'odontologies conservatrice et chirurgicale (6)

Légende :

- 1 = Antibioprophylaxie difficile à prouver en l'absence d'études scientifiques
- 2 = Réel intérêt clinique à la prophylaxie, recommandée par un accord professionnel fort
- 3 = Geste contre-indiqué chez le sujet à risque infectieux local ou général

4.3.2 Trouble de la crase sanguine

Certains antidépresseurs sérotoninergiques purs (Prozac® et Deroxat®), tous les antidépresseurs imipraminiques (Anafranil®, Laroxyl®) ainsi que l'antipsychotique Zyprexa® peuvent très rarement occasionner une thrombopénie et par conséquent modifier l'hémostase au cours des actes d'odontologie chirurgicale. (39)

Lors des actes de petite chirurgie, la suture des alvéoles et/ou des incisions doit être systématique. La prévention des hémorragies doit se faire par des moyens d'hémostase locaux (colle, éponge) mis en place *per* opératoire. Ces troubles peuvent indiquer la pratique des actes d'odontologie chirurgicale en milieu hospitalier. (72)

4.3.3 Hypotension orthostatique (31)

L'hypotension orthostatique est un effet secondaire fréquent des psychotropes en général. Ce phénomène peut être majoré par le stress et l'anxiété que peuvent provoquer les soins dentaires. La prévention de tels malaises peut facilement être effectuée en évitant les changements brutaux de position au fauteuil, en procédant progressivement au passage de la position allongée à la station verticale en fin de rendez-vous. La mise en confiance du patient peut également être un atout majeur pour diminuer l'anxiété et la survenue de tels troubles.

CONCLUSION

La prise en charge thérapeutique de l'adulte psychotique nécessite donc des précautions et la mise en place de mesures et de moyens spécifiques.

Il n'existe pas de règle, de conduite à tenir qui permette d'obtenir systématiquement la coopération de ce type de patients. Certes, le concours du psychiatre à l'évaluation du patient, la connaissance de certains moyens mis à notre disposition, de principes généraux sur l'organisation des soins peut concourir à la pleine réussite de notre prise en charge. Cependant, le traitement psychiatrique des patients psychotiques est en constante mutation. L'utilisation des neuroleptiques atypiques a considérablement modifié les effets secondaires iatrogènes. L'hyposialie semble être moins sévère et moins fréquente. Les effets secondaires extrapyramidaux sont moins souvent rencontrés. A l'issue des recherches bibliographiques, il semble que la grande majorité des chirurgiens dentistes n'ont pas encore intégré les changements opérés par ces nouveaux traitements. Aucune étude, à ce jour, n'a permis de mesurer l'influence de ces neuroleptiques sur l'état bucco-dentaire. Les données disponibles deviennent, de plus en plus obsolètes, et les conclusions énoncées à l'issue des études restent basées sur des idées non remises à jour. L'aide apportée par la consultation des psychiatres ne doit pas devenir providentielle et pallier à notre ignorance. Un effort réel de recherches et de remises en question des observations faites au cours des dernières décennies doit être effectué.

De plus, la diversité des aspects cliniques, de la profondeur de l'atteinte psychotique et de la personnalité de chaque patient minore également l'intérêt de l'établissement de conduites à tenir obligatoires et systématiques dans le cadre de l'exercice odontologique.

Ainsi, devant la complexité et la diversité de cette pathologie, devant la relative absence de données de référence contemporaine, les clés du succès restent encore une collaboration étroite et efficace avec le psychiatre, l'adaptabilité du praticien à chaque patient, la patience et la tolérance face à ces personnes au comportement quelque peu déroutant.

Références bibliographiques

1. AFSAPPS

Thesaurus des interactions médicamenteuses, mise à jour avril 2006.

<http://agmed.sante.gouv.fr/hm/10/iam/triam.pdf>

2. AGBO-GODEAU S et RAGOT JP.

Leucoplasies et kératoses buccales.

Actual OdontoStomatol (Paris) 2004;**58**:23-39.

3. ALLAIN H, MATHIEU P et POLARD E.

Pharmacovigilance de la bouche sèche

<http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pharmaco/pdf/Phv-bouche-seche.pdf>

4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DSM IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Paris : Masson, 1996.

5. ANAES

Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. 1997

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_ASSI-57JEA9/\\$File/electrolong.pdf](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_ASSI-57JEA9/$File/electrolong.pdf)

6. ANDEM

Recommandations et références dentaires 1996

[http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/npdffile/ra_apeh-3yjclld/\\$file.refdentaires.pdf](http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/npdffile/ra_apeh-3yjclld/$file.refdentaires.pdf)

7. ANGELLILO IF, NOBILE CGA, PAVIA M et coll.

Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy

Community Dent Oral Epidemiol 1995;**23**(6):360-364.

8. ASBERG G et CARLSSON CE.

Functionnal disorders of the masticory system: distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigations by questionnaire.
Acta Odontol Scand 1972;**30**:597-613.

9. BANTING W, PAPAS A et CLARK DC.

The effectiveness of 10% CHX varnish treatment on dental caries incidence in adult with dry mouth.
Gerodontology 2000;**17**(2):67-76.

10. BARDOW A, NYVAD B et NAUNTOFTE B.

Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, saliva flow rate and composition and the rate of tooth demineralization in situ
Arch Oral Biol 2001;**46**(5):413-423.

11. BAYLE FJ.

L'observance dans les schizophrénies.
In : LLORCA PM. Les psychoses.
Montrouge : John Libbey Eurotext, 2001:146-153.

12. BERTHET A, COZLIN A et JACQUELIN LF.

Sédation et soins dentaires.
Réal Clin 2001;**12**(1):49-60.

13. BESNAULT C, TASSERY H et ATTAL JP.

Intérêt de la technique "sandwich ouvert" en odontologie restauratrice.
Réal Clin 2004;**15**(2):191-201.

14. BOISGUERIN B, PARAYRE C, QUEMADA N.

La clientèle du dispositif de soins sectorisé en psychiatrie premiers résultats d'une enquête nationale.
Actual Dossier Santé Publique 1994;**7**:15-19.

15. BONDESTAM O, GAHNBERG L, SUND ML et Coll.

Effects of chlorhexidine gel treatment on the prevalence of mutans streptococci and lactobacilli in patients with impaired salivary secretion rate.

Spec Care Dent 1996;**16**(3): 123-127.

16. BONNEFOY C.

Les xérostomies: approches cliniques et thérapeutiques.

Actual OdontoStomatol (Paris) 1994;**91**:91-104.

17. BORY EN, GOUDARD V et MAGNIN C.

Les traumatismes dentaires lors des anesthésies générales, des endoscopies orales et des sismothérapies.

Actual OdontoStomatol (Paris) 1991;**173**:107-119.

18. BOURGIGNON L, AOUADI-CHAOUR F et HOUACHINE F.

Prémedications sédatives chez les patients opposants.

Réal Clin 2005;**16**(3):267-274.

19. BOYDELL J, VAN OS J, LAMBRI M et coll.

Incidence of schizophrenia in south east London between 1969 and 1997.

Br J Psychiatr 2003;**182**:45-69.

20. BOYLE CA, MANLEY MC et FLEMING GJ.

Oral midazolam for adults with learning disabilities.

Dent Update 2000;**27**(4):190-192.

21. BREKKE JS, PRINDLE C, BAE SW et coll.

Risk for individuals with schizophrenia who are living in the community.

Psychiatr Serv 2001;**52**(10):1358-1366.

**22. BUREAU NATIONAL DE LA CERTIFICATION EN HYGIENE
DENTAIRE**

Lexique anglais-français en hygiène dentaire 2006

http://www.ndhcb.ca/files/lexicon_e_f.pdf

23. BURTNER AP, LOW DB, MC NEAL DR et coll.

Effects of chlorexidine spray on plaque and gingival health in institutionalized persons with mental retardation.

Spec Care Dent 1991;**11**(3):97-100.

24. BUTT GM.

Drug induced xerostomia.

J Can Dent Assoc 1991;**57**(5):391-393.

25. CENTORE L, REISNER L, et PETTENGILL CA.

Better understanding your patient from a psychological perspective: early identification of problem behaviors affecting the dental office.

J Calif Dent Assoc 2002;**30**(7):512-519.

26. CHALMERS JM, SMITH DK et CARTER KD.

A multidisciplinary dental program for community-living adults with chronic mental illness.

Spec Care Dent 1998;**18**(5):194-201.

27. CHRISTENSEN GJ.

The needs for caries-preventive restorative materials.

J Am Dent Assoc 2000;**131**(9):1347-1349.

28. CHUONG R.

Schizophrénia.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999;**88**(5):526-528.

29. CIOMPI L.

Schizophrénie aiguë vulnérabilité permanente. Un nouveau modèle psychobiologique intégratif.

Psychol Med 1987;**19**:331-334.

30. CLARK DB.

Dental care for the psychiatric patient: chronic schizophrenia.

J Can Dent Assoc 1992;**58**(11):912-920.

31. CONVERT T et PHAM HUY D.

Conduite à tenir au cours des anesthésies locales chez les patients sous psychotropes.

Actual OdontoStomatol (Paris) 1991;**176**:561-570.

32. CORMAC I et JENKINS P.

Understanding the importance of oral health in psychiatric patients.

Adv Psychiatr Treat 1999;**5**:53-60.

33. COUDERT JL, PARRET J et VIGNAT JP.

Complications bucco-dentaires de l'usage des psychotropes.

Concours Med 1982;**104**(48) :7333-7340.

34. CUMELLA S, RANSFORD N, LYONS J et coll.

Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services.

J Intellect Disabil Res 2000;**44**(1):45-52.

35. DARLING MR et ARENDORF TM.

Review of the effects of cannabis smoking on oral health.

Int Dent J 1992;**42**(1):19-22.

36. DESCROIX V et YASUKAWA K.

Les médicaments en odontostomatologie.

Paris : Maloine, 2005.

37. DIAZ-ARNOLD AM et MAREK CA.

The impact of saliva in patient care: A literature review.

J Prosthet Dent 2002;**88**(3):337-343.

38. DICK JL.

Outpatients dental service for individuals with mental illness:a program description

Spec Care Dent 1995;**15**(6):239-242.

39. DOROSZ PH.

Chapitre 20: psychiatrie.

In: DOROSZ PH. Guide pratique des médicaments. 23è éd

Paris: Maloine, 2003:1251-1330.

40. EGLI R, DESLARZES M et DE CROUSAZ P.

Prévention dentaire et psychiatrie.

Schweiz Monatsschr Zahnmed 1988;**98**(10):1111-1116.

41. EL-HAJJ G et EL TOUM S.

La sécheresse buccale : étiologies et examens salivaires.

Actual OdontoStomatol (Paris) 1998;**52**:517-526.

42. ERNOUF D.

Interactions médicamenteuses avec les benzodiazépines et les antiémétiques.

Chir Dent Fr 1999;**69**(953):41-46.

43. FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE.

Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques.

Paris : Frison-Roche, 1994.

44. FEINMANN C et HARRIS M.

Psychogenic facial pain, Part1: the clinical presentation.

Br Dent J 1984;**156**(5):165-168.

45. FEINMANN C et HARRISON S.

Liaison psychiatry and psychology in dentistry.

J Psychosom Res 1997;**43**(5):467-476.

46. FRIEDLANDER AH et LIBERMAN RP.

Oral health care for the patient with schizophrenia.

Spec Care Dent 1991;**11**(5):179-183.

47. FRIEDLANDER AH et MARDER SR.

The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia.

J Am Dent Assoc 2002;**133**(5):325-336.

48. FREUDENREICH O.

Drug induced sialorrhea.

Drugs Today (Barc) 2005;**41**:411-418.

49. GARNIER M et DELAMARE V.

Dictionnaire illustré des termes de médecine.

Paris : Maloine, 2004.

50. GARRABE J.

Histoire des schizophrénies

In : SANS AUTEUR. Support Cd-rom: Schizophrénies

Bristol-Myers Squibb:Otsuka Pharmaceutical France, 2005.

51. GAUDY JF et ARRETO CD.

Manuel d'analgésie en odontostomatologie, 2^{ème} ed.

Paris : Masson, 2005.

52. GEORGE S, SAKSENA A et OYEBODE F.

An update on psychiatric disorders in relation to dental treatment.

Dent Update 2004;**31**(8):488-494.

53. GHEZZI EM, LANGE LA et SHIP JA.

Determination of stimulated salivary flow rates.

J Dent Res 2000;**79**(11):1874-1878.

54. GRYST ME et MOUNT GJ.

The use of glass ionomere in special needs patients.

Aust Dent J 1999;**44**(4):268-274.

55. GUGGENHEIMER J et MOORE PA.

Xerostomia etiology, recognition and treatment.

J Am Dent Assoc 2003;**134**(1):61-69.

56. HAAS DA.

An update on local anesthetics in dentistry.

J Can Dent Assoc 2002;**68**(9):546-551.

57. HAAS DA.

Adverse drug interactions in dental practice : interactions associated with analgesics, Part III in a series.

J Am Dent Assoc 1999;**130**(3):397-407.

58. HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE.

Rapports violences et santé 2004.

<http://www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000405/0000.pdf>

59. HAUTE AUTORITE DE SANTE.

Avis de la commission 28 septembre 2005.

<http://www.has-sante.fr/has/cepp/cepp/data/pp020411.pdf>

60. HAUTE AUTORITE DE SANTE.

Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie, 2005.

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6GMFZR/\\$File/anesthesie_odontologie_rap.pdf](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6GMFZR/$File/anesthesie_odontologie_rap.pdf)

61. HAVEMAN CW, SUMMIT JB, BURGESS JO et coll.

Three restorative materials and topical fluoride gel used in xerostomic patients.
A clinical comparison.
J Am Dent Assoc 2003;**134**(2):177-184.

62. HEDE B et PETERSEN PE.

Self-assessment of dental health among danish noninstitutionalized psychiatric patients.
Spec Care Dent 1992;**12**(1):33-36.

63. HEGARTY JD, BALDESSARINI RJ et TOHEN M.

One hundred years of schizophrenia: a meta analysis of the outcome literature.
Am J Psychiatr 1994;**151**(10):1409-1416.

64. HENNEQUIN M, MANIERE MC, ALBECKER-GRAPPE S et coll.

A prospective multicentric trial for effectiveness and tolerance of a NO2/02 premix used as a sedative drugs.
J Clin Psychopharmacol 2004;**24**(5):552-554.

65. HOLLOMAN LC et MARDER SR.

Management of acute extrapyramidal effects induced by antipsychotic drugs.
Am J Health Syst Pharm 1997;**54**(21):2461-2477.

66. INGREHAM LJ et KETY SS.

Adoption studies of schizophrenia.
Am J Med Genet 2000;**97**(1):18-22.

67. ISSEMBERT D et WIERZBA CB.

Anesthésie locale et patients sous psychotropes.
Chir Dent Fr 2001;**71**(1044):19-22.

68. JORIS R.

Considérations sur le traitement du malade mental.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2005;**115**(4):359-361.

69. JUILLET P, ALLILAIRE JF, BAYLE F et coll.

Dictionnaire de psychiatrie.

Paris: Cif, 2000.

70. KANE JM, MARDER SR, SCHOOLER NR et coll.

Clozapine and haloperidol in moderately refractory schizophrenia.

Arch Gen Psychiatr 2001;**58**(10):965-972.

71. KARILA L, BOSS V et LAYET L.

Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent.

Paris : Ellipses, 2002.

72. KING KC.

The dental care of the psychiatric patient.

N Z Dent J 1998;**94**(416):72-82.

73. KRINGLER E.

Twin studies in schizophrenia with special emphasis on concordance figure.

Am J Med Genet 2000;**97**(1):4-11.

74. LACHAUX B.

Aspects médico-légaux, éthique et information du patient.

In : SANS AUTEUR. Support Cd-rom: Schizophrénies.

Bristol-Myers Squibb:Otsuka Pharmaceutical France, 2005.

75. LANCON C.

Dépression et schizophrénie.

In : LLORCA PM. Les psychoses

Montrouge : John Libbey Eurotext, 2001 :27-38.

76. LAPORTE B, BOLDUC L, CLEROUX L et coll.

Programme national de santé publique 2003-2012. Plan d'action en matière de santé dentaire publique. 2004

http://www.listes.umontreal.ca/wws/d_read/infosante-

[1/20040511160948_plandactionenmatieredesantedentaire20042012.pdf](http://www.listes.umontreal.ca/wws/d_read/infosante-1/20040511160948_plandactionenmatieredesantedentaire20042012.pdf)

77. LAUFER C.

Les glossodynies : abord clinique et démarche thérapeutique.

Inf Dent 1982;**64**(43):4287-4292.

78. LEGUAY D.

Accompagnements au long cours des schizophrènes.

In : SANS AUTEUR. Support Cd-rom: Schizophrénies.

Bristol-Myers Squibb:Otsuka Pharmaceutical France, 2005.

79. LEWIS S, JAGGER RG et TREASURE E.

The oral health of psychiatric in-patients in South Wales.

Spec Care Dent 2001;**21**(5):182-186.

80. LITTLE JW, FALACE DA, MILLER CS et coll.

Dental management of the medically compromised patient. 5è ed.

Saint Louis: Mosby, 1997.

81. LLORCA PM.

Thérapeutiques antipsychotiques.

In : SANS AUTEUR. Support Cd-rom: Schizophrénies.

Bristol-Myers Squibb:Otsuka Pharmaceutical France, 2005.

82. LONGLEY AJ et DOYLE PE.

Mental illness and the dental patient.

J Dent Hyg 2003;**77**(3):190-204.

83. LOVELL A.

Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé du 9 août 2004. 2005.

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf

84. LOWENSTEIN M.

Cannabis et conséquences dentaires.

Titane 2005;**1**(2):18.

85. LUCAS VS.

Association of psychotropic drugs, prevalence of denture related stomatitis and oral candidosis.

Community Dent Oral Epidemiol 1993;**21**(5):313-316.

86. MADRID C, COURTOIS B et VIRONNEAU M.

Emploi des vasoconstricteurs en odontostomologie. Recommandations.

Med Bucc Chir Bucc 2003;**9**(2):65-94.

87. MANTELET S et FELINE A.

Troubles de la personnalité, schizophrénies et délires chroniques.

In : FELINE S, GUELFY JD et HARDY P. Les troubles de la personnalité.

Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2002:283-293.

88. MARKS LAM et MARTENS LC.

Sédation médicamenteuse en médecine dentaire: une vue générale.

Rev Belge Med Dent 2003;**4**:245-257.

89. MAURI MC, VOLONTIERI LS, DEGASPARI IF et coll.

Substance abuse in first-episode schizophrenic patients : a retrospective study.

Clin Pract Epidemiol Ment Health 2006;**2**(4)

<Http://www.cpementalhealth.com/content/2/1/4>.

90. MERCIER C.

Le patient psychiatrique chronique dans la communauté: son expérience de vie.
Inf Psychiatr 1988;**10**:58-66.

91. MEYER-LUECKEL H et KIELBASSA A.

Utilisation de succédanés salivaires chez les patients souffrant de xérostomie
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002;**112**(10):1049-1058.

92. MINNEMAN SA.

A History of Oral Protection for the ECT Patient : Past, Present, Future.
Convuls Ther 1995;**11**(2):94-103.

93. MIRZA I, DAY R, PHELAN M et coll.

Oral health of psychiatric in-patients.
Psychiatr Bull 2001;**25**:143-145.

94. MIYAWAKI T, KOHJITANI A, MAEDA S et coll.

Intravenous sedation for dental patients with intellectual disability.
J Intellect Disabil Res 2004;**48**(8):764-768.

95. MORRIS AJ, ROCHE SA, BENTHAM P et coll.

A dental risk management protocol for electroconvulsive therapy.
J ECT 2002;**18**(2):84-89.

96. MOUNT GJ.

La fin des traitements invasifs de la carie.
Cahiers de l'ADF 2001;**11**:10-17.

97. NAVAZESH M, CHRISTENSEN C et BRIGHTMAN V.

Clinical criteria for the diagnosis of salivary gland hypofunction.
J Dent Res 1992;**71**(7):1363-1369.

98. ØILO G, HATLE G, GAD AL et Coll.

Wear of teeth in mentally retarded population.

J Oral Rehabil 1990;**17**(2):173-177.

99. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Classification internationale des maladies Xème révision.

Chapitre V : troubles mentaux et troubles du comportement critères diagnostiques pour la recherche.

Paris : Masson, 1994.

100. PAPAS AS, JOSHI A et MAC DONALD SL.

Caries prevalence in xerostomic individuals.

J Can Dent Assoc 1993;**59**(2):171-174,177-179.

101. PASSINI W et HAYNAL A.

Manuel de psychologie odontologique.

Paris : Masson, 1992.

102. PATERSON AJ, STEWART F. et TULLOCH EN.

Self inflicted mutilation of the dentition in a schizophrenic patient.

Br Dent J 1992;**173**(9):314-316.

103. PAWSEY B et CASTLE D.

Substance use and psychosis.

Aust Fam Physician 2006;**35**(5):110-112.

104. PERTOT WJ et SIMON S

Le traitement endodontique.

Paris: Quintessence International, 2004.

105. PHILIPART F et ROCHE Y.

La sédation consciente au protoxyde d'azote en odontologie.

Paris: CDP, 2004.

- 106. PHILLIPS M, ERICKSON GA, SABAS M et coll.**
Volatile organic compounds in the breath of patients with schizophrenia.
J Clin Pathol 1995;**48**(5):466-469.
- 107. PHILLIPS M, SABAS M et GREEBERG J.**
Increased pentane and carbon disulfide in the breath of patients with schizophrenia.
J Clin Pathol 1993;**46**(9):861-864.
- 108. PSYCOM.**
Images de la psychiatrie dans la population parisienne.
Saint Maurice: Hôpital saint Esquirol, 1993.
- 109. RABINOWITZ T, FRANKENBURG FR, CENTORRINO F et coll.**
The effect of clozapine on saliva flow rate.
Biol Psychiatr 1996;**40**(11):1132-1134.
- 110. ROBB ND.**
Sédation par voie intra veineuse chez les patients anxieux.
Réal Clin 2005;**16**(3):255-265.
- 111. ROGERS DP et SHRAMKO JK.**
Therapeutic options in the treatment of clozapine-induced sialorrhea.
Pharmacotherapy 2000;**20**(9):1092-1095.
- 112. ROUILLON F.**
Epidémiologie clinique des schizophrénies.
In : SANS AUTEUR. Support Cd-rom: Schizophrénies.
Bristol-Myers Squibb:Otsuka Pharmaceutical France, 2005.
- 113. ROY E et KIMAKHE S.**
Médicaments Psychotropes: ce qu'il faut savoir en odontologie.
Réal Clin 2004;**15**(4):317-320.

114. ROZENCWEIG D.

Manuel de prévention dentaire.

Paris : Masson, 1988.

115. RUEL KELLERMENAN M et VAN AMERONGEN.

Pathologie du caractère et de la personnalité: personnalités pathologiques, déséquilibre psychiques.

In : GIRARD P, MISSIKA P et PENNE G. Médecine chirurgie dentaire: problèmes médicaux en pratique quotidienne.

Paris : CDP, 1988:915-918.

116. SANS AUTEUR.

Candidoses, 2005.

www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-parasitologie/cycle2/poly/1900fra.asp

117. SANS AUTEUR.

Le droit des personnes majeures protégées.

<http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossier/pjm/dpmp.html>

118. SCHREIBER A.

Alcoholism.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001;**92**(2):127-131.

119. SCULLY C et FELIX DH.

Oral medecine-Update for the dental practitonner. Dry mouth and disorders of salivation.

Br Dent J 2005;**199**(7):423-427.

120. SENON JL.

Les neuroleptiques, 2002

<http://perso.wanadoo.fr/Senon/documentation/telechargement/2cycle/moduled/neuroleptiques.pdf>

121. SHIH RA, PAMELA L, BELMONTE et coll.

A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders.

Int Rev Psychiatr 2004;**16**(4):260-283.

122. SMITH RG et BURTNER AP.

Oral side-effects of the most frequently prescribed drugs

Spec Care Dent 1994;**14**(3):96-102.

123. SOCIETE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANCAISE.

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révisions de la conférence de consensus de mars 1992. Recommandations 2002.

Med Mal Infect 2002;**32**:542-552.

124. SREEBNY LM.

Saliva-Salivary gland hypofunction FDI working group.

J Dent Assoc S Afr 1992;**47**(11):498-501.

125. STIEFEL DJ, TRUELOVE EL, MENARD TW et coll.

A comparison of the oral health of persons with and without mental illness in community settings.

Spec Care Dent 1990;**10**:6-12.

126. SZPIRGLAS H et BEN SLAMA L.

Chapitre XVIII : Sécheresse buccale.

In : SPZIRGLAS H et BEN SLAMA L. Pathologie de la muqueuse buccale.

Paris : Elsevier, 1999:240-248.

127. TANG WK, SUN FCS, UNGVARI GS et coll.

Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong.

Int J Soc Psychiatr 2004;**50**(2):186-191.

128. TER HORST G.

Dental care in psychiatric hospitals in the Netherlands.

Spec Care Dent 1992;**12**(2):63-66.

129. THIBAUT F et BAYLE F.

Deuxième partie : maladies et grands syndromes

In : question 278, psychoses et délires chroniques

<http://www.univ-rouen.fr/servlet/>

com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1095775302819&LANGUE=0

130. THOMAS A, LAVRENTZOU E, KAROUZOS C et coll.

Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients.

Spec Care Dent 1996;**16**(2):84-86.

131. THORNTON JB, AL-ZAHID S, CAMPBELL VA et Coll.

Oral hygiene levels and periodontal disease prevalence among residents with mental retardation at various residential settings.

Spec Care Dent 1989;**9**:186-190.

132. TRILLER M et SOMMERMATER J.

Fluor et prévention de la carie dentaire.

Paris : Masson, 1992.

133. VAN AMERONGEN AP.

Glossaire.

In : SANS AUTEUR. Support Cd-rom: Schizophrénies.

Bristol-Myers Squibb:Otsuka Pharmaceutical France, 2005.

134. VANELLE JM.

Psychose et délires chroniques.

Rev Prat 2003;**53**(10):2-7.

135. VANELLE JM.

Cliniques des schizophrénies.

In : SANS AUTEUR. Support Cd-rom: Schizophrénies.

Bristol-Myers Squibb:Otsuka Pharmaceutical France, 2005.

136. VELASCO E, MACHUCA G, MARTINEZ-SAHUQUILLO A et coll.

Dental health among institutionalized patients in Spain.

Spec Care Dent 1997;**17**(6):203-206.

137. VIDAL E, LIOZON E et SORIA P.

Bouche sèche.

Rev Prat 2001;**51**(2):148-153.

138. VIDON G.

La désinstitutionalisation : ses origines, ses retombées, son bilan.

In: VIDON G. Réhabilitation psychosociale en psychiatrie

Paris : Frison Roche, 1995:81-108.

139. VOLET S et SIXOU JL.

Prévention et traitement de la carie chez les individus porteurs de handicaps.

<http://www.odonto.univ-rennes1.fr/handi07.htm>

140. WAPLINGTON J, MORRIS J et BRADNOCK G.

The dental needs, demands and attitudes of a group of homeless people with mental health problems.

Community Dent Health 2000;**17**:360-364.

141. WEINE FS.

Endodontic Therapy. 5è ed.

Saint Louis: Mosby, 1996.

142. WEINTRAUB JA et HYSAN L.

Fluoride varnish for caries prevention: comparisons with other preventive agents and recommendations for a community-based protocol.

Spec Care Dent 1991;**11**(3):180-186.

143. YALTIRIK M, KOCAELLI H et YARGIC I.

Schizophrenia and dental management : review of litterature.

Quintessence Int 2004;**35**(4):317-320.

144. YARDIN M.

Odontologie globale.

Paris : Masson 1995.

Table des Illustrations

Tableau 1: Récapitulation des résultats des principales études épidémiologiques de la prévalence de la schizophrénie.....	5
Tableau 2: Classification des facteurs favorables et défavorables des schizophrénies.....	26
Tableau 3: Récapitulatif des troubles oraux liés à l'alcoolisme chronique	35
Tableau 4: Récapitulatif des troubles oraux associés à l'usage chronique du cannabis.....	36
Tableau 5: Récapitulatif des affections psychosomatiques odonto-stomatologiques muqueuses	43
Tableau 6: Récapitulatif des principales molécules sialoprives et de leur nom de spécialités	47
Tableau 7: Moyennes des indices CAOD, BPRS, BPRSneg, IHB-S et DCE constatés lors de l'étude de Thomas et coll.	53
Tableau 8: Moyenne des dents cariées, absentes et obturées en fonction des groupes d'étude	54
Tableau 9: Récapitulatif des différentes études portant sur l'état bucco-dentaire des patients psychotiques.....	57
Tableau 10: Récapitulatif des médicaments sialogogues.....	71
Tableau 11: Posologies des principaux substituts salivaires commercialisés en France	74
Tableau 12: Récapitulatif des Psychotropes induisant une leucopénie.....	92
Tableau 13: Recommandations de l'ANAES sur l'usage de l'antibioprophylaxie chez les patients à risque infectieux local ou général lors des actes d'odontologies conservatrice et chirurgicale.....	94
Figure 1: Histogramme représentant les indices C, A et O en fonction des groupes d'études.	54
Figure 2: Evolution des indices CAOD, BPRS, et DCE en fonction des groupes d'études.....	55
Figure 3: Représentation graphique de la corrélation entre les indices IHB-S, BPRS et BPRSneg relevés.....	55
Figure 4: Hygiène bucco-dentaire négligée chez un patient sous neuroleptique	58
Figure 5: Hygiène bucco-dentaire négligée chez un patient sous antidépresseurs tricycliques.....	58

Annexe

Cher Monsieur

Nous faisons suite à votre email du 15 mai et vous confirmons notre accord pour que vous puissiez utiliser les deux photos tirées de l'article de Roy et Kimakhe, à condition que cela soit pour l'usage exclusif de votre thèse. Il vous est strictement interdit de les utiliser dans un autre but sans nous avoir préalablement consulté..

Nous vous remercions également de bien vouloir faire figurer la mention suivante :

"Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue Réalités Cliniques, 2004, volume 15 page 319".

En espérant vous avoir donné satisfaction.

Le secrétariat de Rédaction

Pascale Normand

pnormand@information-dentaire.fr

Groupe Information Dentaire

40, avenue Bugeaud

75784 Paris cedex 16

Tel : 33 (0)1 56 26 50 00

Fax : 33 (0)1 56 26 50 01

www.information-dentaire.com

	N°	
<p>LAREYNIE (Baptiste). – Prise en charge de l’adulte psychotique en odontologies conservatrice et chirurgicale – (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2006) N°</p>		
<p>Les affections psychotiques chroniques représentent un groupe de pathologies psychiatriques influençant de manière prégnante la vie du malade qui le contracte. Cette population présente le plus souvent une faible coopération, un risque carieux élevé causés par de mauvaises habitudes d’hygiène et majorées par une hyposialie médicamenteuse due aux neuroleptiques. Le travail de réhabilitation du chirurgien-dentiste passera par la correction éventuelle de l’hyposialie et par le contrôle fréquent de l’hygiène bucco-dentaire. Il devra également adapter ses soins, son plan de traitement à la personnalité de chaque patient dans les limites que son affection lui permet de tolérer. Pour mener au mieux son travail de réhabilitation, le praticien devra s’adjoindre la collaboration du psychiatre et des services spécialisés traitants. De plus, lors des soins, de nombreuses interactions entre les neuroleptiques, nos moyens de sédations, d’anesthésie ou nos prescriptions médicamenteuses sont à utiliser avec précautions ou à proscrire.</p>		
<p><u>Rubrique de classement :</u></p>		
<u>Mots-clés :</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Psychose – Neuroleptique – Prévention bucco-dentaire 	<ul style="list-style-type: none"> – Odontologie conservatrice – Odontologie chirurgicale
<u>MeSH :</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Psychosis – Neuroleptic – 	
<p><u>Jury</u> : Président : Monsieur le Professeur A. JEAN Assesseur : Monsieur le Professeur JM. VANELLE</p> <p><u>Co-directrice</u> : <u>Mademoiselle le Docteur C. DUPAS</u> <u>Directeur</u> : <u>Monsieur le Professeur O. LABOUX</u></p>		
<p><u>Adresse de l’auteur</u> : LAREYNIE Baptiste 16, rue de la fosse 44000 Nantes</p>		