

Soins bucco-dentaires sous anesthésie générale¹

Dr Christine CUNIER* et Dr Martine RIESEN**

Le cabinet dentaire de la Clinique de Psychiatrie de Belle-Idée aux HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève, département de Réhabilitation et de Gériatrie, sous la responsabilité de la Professeure Frauke Müller) prend en charge des patients en situation de handicap. L'approche thérapeutique privilégiée est d'obtenir la collaboration du patient afin de pouvoir le soigner de manière classique, en anesthésie locale. Cette éventualité est toujours préférée. En effet, elle permet de mettre sur pied un projet de soin en collaboration avec le patient. Cela permet d'assurer un suivi régulier et un maintien idéal de la situation bucco-dentaire à long terme. Lorsque cette collaboration est rendue impossible par la gravité de la maladie du patient, il faut recourir aux soins sous narcose. C'est l'unique possibilité de traiter des patients chez lesquels le moindre examen est impossible. Si le patient est en mesure de donner son consentement, c'est bien évidemment lui qui donne son aval pour réaliser cette intervention. Mais, en règle générale, cette décision est prise en collaboration avec l'équipe soignante, la famille et en accord avec le tuteur du patient.

Les soins sous narcose ont lieu un jour par semaine avec une équipe complète composée d'un(e) médecin anesthésiste, d'un infirmier(ère) anesthésiste, d'un(e) médecin dentiste, d'une assistante dentaire (ainsi que d'une apprentie) et d'une hygiéniste dentaire.

1 Traduit de l'article: CUNIER, C. et RIESEN, M. (2006). «Zahnärztliche Behandlungen in Narcose – wie funktioniert die Zahnarztpraxis in der geriatrischen und psychiatrischen Universitätsklinik Belle-Idée?». *PARTicipation, Newsletter der SGZBB (Schweizerische Gesellschaft für Behinderten-und Betagten-Zahnmedizin)*, 12.06, pp. 4-5

* Département de Réhabilitation et de Gériatrie, Cabinet dentaire de la Clinique de Psychiatrie de Belle-Idée, Genève (Suisse).
Courriel: Christine.Cunier@hcuge.ch

** Division de Gérodonnologie et Prothèse Adjointe, Genève (Suisse).
Courriel: Martine.Riesen@medecine.unige.ch

La population traitée sous anesthésie générale est composée d'une part d'une population adulte handicapée avec laquelle aucune collaboration au fauteuil n'est envisageable (IMC, autisme, maladie d'Alzheimer, encéphalopathie périnatale, trisomie, etc.) et d'autre part d'une population d'adultes souffrant de troubles psychiatriques importants (psychose grave, etc.). Il faut relever qu'il ne s'agit évidemment pas de patients qui auraient simplement «peur du dentiste» ou qui demanderaient une narcose «de confort». Ces patients proviennent d'institutions privées et publiques, de la Clinique de Psychiatrie de Belle-Idée et du privé. En général, l'intervention est réalisée en ambulatoire; dans de rares cas, une hospitalisation est rendue nécessaire.

Les patients, adressés par leur médecin traitant ou leur dentiste en ville, sont reçus en consultation à Belle-Idée afin de confirmer l'indication d'un traitement sous anesthésie générale. Le patient ou son accompagnant reçoit alors un premier document demandant le consentement aux soins par son répondant légal et un second document à transmettre au médecin traitant afin d'établir pour la consultation pré-anesthésique une anamnèse précise (antécédents médicaux et chirurgicaux, traitement médicamenteux habituel, examen clinique, examens complémentaires). Le médecin dentiste rédige un courrier demandant la prise en charge des soins à l'assurance maladie de base dans le cadre de l'article 18 C 7 de l'OPAS: «maladie psychique grave avec atteinte consécutive grave des maxillaires».

1. Protocole

1.1 Consultation pré-anesthésique

La consultation pré-anesthésique a pour but de déterminer le risque lié à l'anesthésie en fonction des pathologies générales du patient et permet ainsi de réduire la mortalité et la morbidité péri-opératoire. A cette occasion, l'équipe définit également une stratégie pré-, per- et postopératoire et établit une relation entre l'anesthésiste et le patient ainsi que son entourage. Une prémédication peut être administrée dans le but d'obtenir l'anxiolyse et l'amnésie du vécu préopératoire (Valium®, Temesta®, Lexotanil®, ...).

1.2 Intervention

A 7 heures, l'infirmier anesthésiste ouvre la salle et prépare les médicaments, la voie veineuse, le matériel d'intubation, etc. Le patient arrive à 8 heures. Après vérification de son identité et des ordres préopératoires, il est installé (si possible) sur le fauteuil dentaire pour le début de l'anesthésie (en collaboration avec les parents ou les accompagnants). L'induction est intraveineuse (propofol) ou gazeuse (N₂O / O₂ et anesthésique volatile). Ensuite, l'intubation est réalisée par voie nasale ou orale. L'entretien de l'anesthésie générale est réalisé par voie intraveineuse (maintien de l'anesthésie par l'administration de propofol, analgésie par l'administration d'agents morphiniques – fentanyl, sulfentanyl ou alfentanyl – et relâchement musculaire par blocage de la transmission neuromusculaire à l'aide d'un agent curarisant).

Le réveil et la surveillance postopératoire ont lieu sur un lit adapté, dans le cabinet de l'hygiéniste et en présence des parents ou de l'accompagnant. Ceux-ci renseignent sur les habitudes du malade et son état habituel.

Le patient n'est autorisé à quitter le cabinet que lorsqu'il est revenu un état normal selon les critères habituels. Son retour à domicile ou en institution se fait avec un accompagnant, une ordonnance (analgésique et antibiotiques, par exemple) et les recommandations nécessaires.

Il est revu en contrôle en général une semaine après l'intervention.

2. Discussion

Les soins dentaires sous anesthésie générale sont réalisés pour une population de patient chez qui aucun autre type de soin ne pourrait être envisagé. Les bénéfices / risques d'une telle intervention sont toujours évalués au préalable. On distingue le risque anesthésique pur, le risque lié au geste chirurgical et le risque lié à la pathologie du patient (Lagasse, 2002).

- Le risque anesthésique pur est inférieur à 1 sur 100 000;
- (Choc anaphylactique, syndrome d'inhalation, hyperthermie maligne...);
- Le risque chirurgical est très variable en fonction du type de chirurgie;
- Le risque lié aux pathologies associées est codifié par la classification ASA (classification ASA, American Society of Anesthesia).

<i>Classification ASA</i>	<i>Etat général et pathologies associées</i>
ASA I	Aucune anomalie
ASA II	Maladie systémique non invalidante
ASA III	Maladie systémique sévère présentant une menace vitale permanente
ASA IV	Moribond

3. Bilan de l'activité récente et perspective d'avenir

Nos modestes statistiques, réalisées pour 2004 à 2006, montrent des temps chirurgicaux allant de 45 minutes à sept heures, un temps de réveil moyen autour de 60 minutes, un âge moyen oscillant entre 36 et 39 ans et un rapport femmes/hommes de 43 à 52%. Seuls les patients à risque ASA I et II sont acceptés en traitement ambulatoire à Belle-Idée. Les risques supérieurs doivent être pris en charge à l'Hôpital Cantonal (les soins sont réalisés sur place par l'équipe de Belle-Idée qui emmène l'ensemble de son matériel, unité mobile, instrumentation, matériel d'obturation, etc.).

Les soins bucco-dentaires sont simples et comprennent en général des soins d'hygiène (détartrage, curetages), des avulsions et des obturations. Assez logiquement, il semble que plus la date de la dernière anesthésie générale est lointaine, plus le nombre de dents à extraire est important. L'illustration extrême de cette constatation est un patient n'ayant jamais eu d'anesthésie générale chez qui 31 dents ont été extraites. Il convient de relever également que l'état inflammatoire chronique des gencives de ces patients est souvent un souci lors de l'obturation des caries et ne permet pas toujours de réaliser des soins idéaux.

Au niveau de l'organisation, le problème le plus souvent rencontré chez les patients non collaborant est que le médecin dentiste ne peut que rarement connaître l'étendue et le type de traitement à réaliser avant d'endormir le patient. Il lui est donc impossible de spécifier à l'avance la durée de l'anesthésie, ce qui peut causer des problèmes d'organisation. Par ailleurs, il peut arriver que d'autres spécialités profitent de l'anesthésie générale pour réaliser de brefs examens comme un bilan oto-rhino-laryngologique ou une prise de sang.

Conclusion

Il y a une demande importante de prise en charge sous anesthésie générale des patients non collaborant. Les perspectives d'avenir du cabinet sont d'améliorer la prise en charge des patients en répondant à la demande dans des délais raisonnables. De plus, un système de rappels réguliers, de contrôles et d'augmentation de la fréquence des traitements de maintien sous narcose (tous les 18 mois, par exemple) permettrait de préserver au mieux l'état bucco-dentaire de ces patients et d'améliorer leur qualité de vie.

Références

- LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE (LAMal), article 31 (traitements dentaires) du 18 mars 1994.
- ORDONNANCE SUR LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DES SOINS (OPAS) du 29 septembre 1995 et du 9 juillet 1998.
- LAGASSE, R. S. (2002). «Anesthesia safety: model or myth». *Anesthesiology*, 97, pp. 1609-17.