

La malnutrition chez les personnes âgées

Un problème interdisciplinaire – également pour les médecins dentistes

Christian E. Besimo¹, Christina Luzi¹, Walter O. Seiler²

¹ Clinique de médecine dentaire reconstructive et Cliniques universitaires de médecine dentaire, Bâle

² Clinique de gériatrie aiguë, Hôpital universitaire de Bâle

Mots clés: gériatrie, malnutrition, diagnostic interdisciplinaire

Adresse pour la correspondance:

Prof. Dr Ch. E. Besimo

Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien

Universitätskliniken für Zahnmedizin

Hebelstr. 3, CH-4056 Bâle/Suisse

Tél. ++41 41 825 49 22, fax ++41 41 825 48 63

E-mail: ch.besimo@bluewin.ch

Traduction française de Jacques Rossier

Le succès des traitements dentaires chez les personnes âgées et, de manière générale, l'accompagnement à long terme de ces patients, nécessite de considérer d'emblée le vieillissement sous un angle pluridisciplinaire. Cette approche implique des connaissances médicales qui s'étendent au-delà du domaine spécifique de la médecine dentaire. La malnutrition est un exemple typique de cette problématique. Malgré son incidence élevée chez les seniors, la malnutrition n'est pas encore considérée comme un problème important en médecine dentaire. Or le fait de manquer ce diagnostic et de retarder ainsi la prise en charge thérapeutique de la malnutrition entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez ces patients. En médecine dentaire également, l'évaluation du status nutritionnel de la personne âgée devrait faire partie intégrante du diagnostic, afin d'assurer une prise en charge thérapeutique précoce permettant d'éviter – ou de traiter – les complications potentielles de la malnutrition au niveau de la cavité buccale.

(Bibliographie voir texte allemand page 749)

Introduction

Les soins dentaires aux personnes âgées, de même que l'accompagnement médical au long cours de ces personnes nécessitent d'aborder d'emblée le vieillissement sous un angle pluridisciplinaire. Malheureusement, la médecine dentaire gériatrique est souvent comprise, à tort, comme un domaine spécialisé qui concernerait essentiellement les institutions destinées à ces patients. On oublie trop facilement que le placement en institution est généralement consécutif à des déficits et à des altérations pathologiques apparus antérieurement. Ces pathologies sont importantes du point de vue de la médecine dentaire, tant sur la plan diagnostique que thérapeutique, de même que pour l'accompagnement médical à long terme des seniors, et présupposent des compétences spécialisées pour répondre à ces exigences particulières (GORDON 2000, CHIAPELLI et coll. 2002; GRASKEMPER 2002, NITSCHKE et coll. 2004; KOSSIONI & KARKAZIS 2006). Au-delà de

son domaine de compétence spécifique, il est donc nécessaire que le médecin dentiste maîtrise les connaissances médicales nécessaires à la collaboration pluridisciplinaire et les applique dans le cadre de sa pratique quotidienne. La connaissance exacte et l'interprétation correcte des données relatives à l'état de santé du patient, aux traitements et aux médicaments prescrits, ainsi qu'aux conditions définissant son cadre social – tous ces éléments ont une importance fondamentale pour la planification et la réalisation des traitements de médecine dentaire et pour un accompagnement à long terme répondant aux besoins individuels du patient âgé (HEYDEN 1990; ELLEN 1992; GORDON 2000; GREENBERG 2003 et 2004; BESIMO 2005a, b).

La malnutrition protéino-énergétique (qualitative et/ou quantitative) des personnes âgées représente à cet égard un exemple typique dont la médecine dentaire ne s'est préoccupée à ce jour que de manière très marginale. C'est pourquoi nous présentons ci-dessous des mesures simples destinées au dépistage et au

diagnostic, utilisables au quotidien en médecine dentaire et permettant de reconnaître précocement, dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire, les problèmes de malnutrition chez le patient âgé.

Malnutrition

La malnutrition protéino-énergétique (qualitative et/ou quantitative) est caractérisée par des valeurs sériques subnormales (c'est-à-dire légèrement inférieures à la normale) des paramètres biochimiques de la nutrition. C'est le diagnostic le plus fréquemment posé chez la personne âgée. Il concerne 31% des seniors vivant de manière indépendante et jusqu'à 83% des personnes âgées institutionnalisées (SEILER 1999). Les carences ne surviennent presque jamais isolément. Les paramètres nutritionnels sanguins les plus souvent subnormaux sont les suivants: albumine, zinc, fer, vitamine B₁₂ et numération lymphocytaire (LIPSCHITZ 1982; LIPSCHITZ & MITCHELL 1982; KELLER 1993; ABBASI & SHETTY 1999; SEILER 1999, GENGENBACHER et coll. 2002; SEILER & REGENER 2005). Chez la personne âgée, les causes les plus fréquentes de malnutrition sont les suivantes: problèmes psychosociaux et leurs conséquences (p.ex. dépression), polymorbidité et polypharmaco-thérapie consécutive.

La malnutrition n'est donc pas liée au vieillissement: elle est toujours la conséquence d'une ou de plusieurs maladies (VOLKERT et coll. 1991; KELLER 1993; BAEZ-FRANCESCHI & MORLEY 1999; SCHLETTWEIN-GSELL et coll. 1999; STÄHELIN 1999; THOMAS 1999). Le tableau clinique de la malnutrition est paucisymptomatique et aspécifique. Le symptôme principal est la perte d'appétit, accompagnée d'aversion d'apparition récente contre la consommation de viande (CHAPMAN & NELSON 1994; BONNEFOY et coll. 1995; SONTI et coll. 1996; CHAPMAN 2004; SEILER & REGENER 2005).

Malgré l'incidence élevée de la malnutrition chez la personne âgée, il est fréquent que cette pathologie ne soit pas diagnostiquée. L'adiposité prémorbide, provoquée par la consommation excessive d'aliments qualitativement inadéquats et par la diminution des besoins énergétiques, liée au vieillissement, est souvent considérée à tort comme un signe de bonne santé. La fatigue chronique et l'apathie sont souvent interprétées de manière erronée comme une faiblesse liée au vieillissement. L'absence d'un diagnostic et d'un traitement adéquat entraîne une accélération de la dégradation de l'état général de ces patients, avec accélération de la progression des maladies et survenue de réactions atypiques aux médicaments. Il en résulte une augmentation de la morbidité et de la mortalité (LIPSCHITZ & MITCHELL 1982; VERDERY & GOLDBERG 1991; CHAPMAN & NELSON 1994; DUERKSEN et coll. 2000; MOCCHIGIANI et coll. 2000a-c; ZULIANI et coll. 2001a, b).

Au stade avancé, la malnutrition se caractérise par la fonte du tissu adipeux et de la musculature et par la diminution de la masse osseuse (fig. 1). La cachexie qui apparaît alors est semblable à la cachexie tumorale, avec laquelle elle peut être confondue (FLORES et coll. 1989, CHAPMAN & NELSON 1994; SONTI et coll. 1996; RIZZOLI & BONJOUR 1999; MORLEY et coll. 1995).

L'investigation du status nutritionnel du patient âgé devrait donc faire partie intégrante du diagnostic, également en médecine dentaire (BESIMO 2005a, b). A cet égard, l'anamnèse est primordiale et devrait être complétée, dans la mesure du possible, par les données anamnestiques fournies par les proches (CHAPMAN & NELSON 1994). Dans ce domaine, les questionnaires destinés à évaluer le status nutritionnel se sont révélés utiles en médecine, car ils permettent d'évaluer le risque de malnutrition. Un

questionnaire standard et largement reconnu est le *Mini Nutritional Assessment* (MNA), (GUIGOZ et coll. 1994; LAUQUE et coll. 1999). Un autre questionnaire bien validé, plus court, plus simple et bien adapté au dépistage en médecine dentaire s'intitule *Ernährungs-Checkliste nach Suter* (SUTER 2002), (fig. 2). Le poids corporel et la taille sont utilisés pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI pour *body mass index* en anglais, exprimé en kg/m²). Cet indice est calculé en divisant le poids corporel (kg) par le carré de la taille (m²). Les valeurs comprises entre 21,0 et 25,0 correspondent à un poids normal; les valeurs <20,0 indiquent un sous-poids. Cependant, la diminution de l'indice de masse corporelle doit être considérée comme un indicateur *tar-dif* de la malnutrition.

Pour poser un diagnostic précis, il est donc nécessaire de doser les paramètres de la nutrition dans le sang. Les paramètres usuels du status nutritionnel sont les suivants: protéines sériques, vitamines, électrolytes et oligo-éléments, ainsi que d'autres paramètres tels que la numération lymphocytaire, par exemple. La pré-albumine permet également de diagnostiquer la malnutrition au stade précoce (VERDERY & GOLDBERG 1991; KELLER 1993; POTTER & LUXTON 1999; REUBEN et coll. 1999a, b; OMRAN & MORLEY 2000a, b; APOVIAN 2001; MITRACHE et al. 2001; GENGENBACHER et al. 2002), (fig. 3). La connaissance des questionnaires susmentionnés en tant qu'instruments de dépistage et leur utilisation permettent au médecin dentiste d'identifier les cas de malnutrition potentielle, et d'adresser précocement ces patients à un médecin pour investiguer les paramètres liés au status nutritionnel et confirmer ainsi le diagnostic de suspicion. Cette collaboration interdisciplinaire sur le plan du diagnostic et du traitement permet souvent d'initier un traitement véritablement causal de lésions apparemment purement locales (VOLKERT et coll. 1991; MORLEY et coll. 1995; EISENBART et coll. 1999; BESIMO 2005a, b).

De récentes investigations cliniques ont montré d'une part que l'amélioration du status bucco-dentaire par la confection de nouvelles prothèses, adaptées à la situation individuelle, permet d'obtenir une amélioration de la fonction masticatoire (KAPUR et coll. 1999; AWAD et coll. 2000 et 2003; ALLEN et coll. 2001; THOMASON et coll. 2003). Cependant, il faut être conscient du fait que l'optimisation de la situation fonctionnelle n'entraîne pas forcément une amélioration de l'alimentation (HAMADA et coll. 2001; BAKKE et coll. 2002; BRYANT & ZARB 2002; N'GOM & WODA 2002; SHINKAI et coll. 2002; MORAIS et coll. 2003).

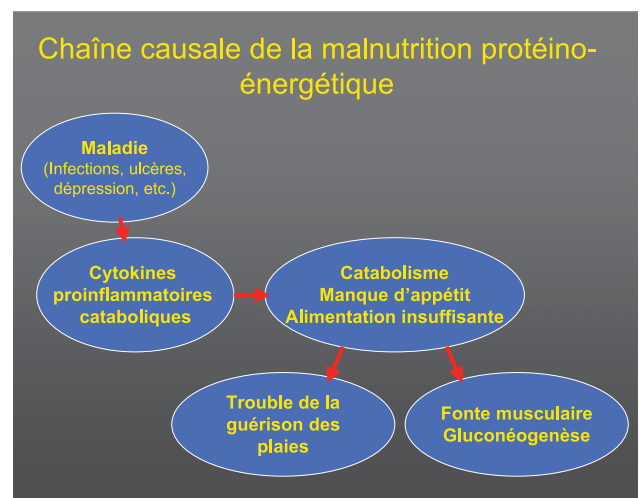


Fig. 1 Chaîne des relations causales de la malnutrition protéino-énergétique

Etat de nutrition – liste de vérification d'après SUTER 2002

Questions			Points
Une maladie ou un symptôme entraîne des changements de mes habitudes alimentaires et/ou de la quantité de nourriture que je consomme	Oui	Non	2
Je mange moins de 2 repas par jour	Oui	Non	3
Je mange peu de fruits, de légumes et de produits laitiers	Oui	Non	2
Je consomme presque tous les jours plus de 3 verres de bière, de vin ou d'alcools forts	Oui	Non	2
J'ai des problèmes dentaires ou buccaux qui provoquent des difficultés en mangeant	Oui	Non	2
Je n'ai pas toujours assez d'argent pour m'acheter les aliments nécessaires	Oui	Non	4
Je mange généralement seul	Oui	Non	1
Je prends tous les jours 3 médicaments ou plus	Oui	Non	1
J'ai perdu 4 à 5 kg au cours des derniers mois	Oui	Non	2
Pour des raisons physiques, il ne m'est pas toujours possible de faire mes courses, de préparer mes repas ou de manger sans aide	Oui	Non	2
Total des points			...
0–2 points	Faible risque de malnutrition; répéter le test dans 6 mois		
3–5 points	Risque modéré; une intervention ciblée est nécessaire; contrôle dans 3 mois		
>6 points	Risque de malnutrition élevé; intervention professionnelle nécessaire		

Fig. 2 Check-list nutritionnelle (d'après SUTER 2002)

Il ne faut pas non plus oublier que le manque ou l'absence d'appétit et la malnutrition qui en est la conséquence résultent toujours d'une ou de plusieurs maladies souvent extra-orales (VOLKERT et coll. 1991; KELLER 1993; BAEZ-FRANCESCHI & MORLEY 1999; SCHLETTWEIN-GSELL et coll. 1999; STÄHELIN 1999; THOMAS 1999). Suite à l'accumulation de problèmes psychosociaux et médicaux liés au vieillissement, l'importance des déficits oraux fonctionnels diminue aux yeux du patient. Dans les situations de ce genre, l'amélioration de la fonction masticatoire n'entraîne souvent pas l'amélioration souhaitée de la situation nutritionnelle (IKEBE et coll. 2005; MIURA et coll. 2005). Avant d'entreprendre des mesures reconstructives, il convient donc – et plus particulièrement chez les personnes âgées – d'évaluer le status nutritionnel de la manière indiquée ci-dessus, et en cas de suspicion de malnutrition, de demander la confirmation du diagnostic médical et d'en rechercher les causes dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire. Cette manière de faire peut contribuer largement à mieux évaluer l'indication des traitements de reconstruction prévus. De plus, les mesures prothétiques devraient être complétées par un conseil nutritionnel professionnel (diététicienne), afin d'améliorer les situations nutritionnelles insatisfaisantes ou suboptimales (ROUMANAS et coll. 2003; MOBLEY 2005).

Présentation de cas: exemple n° 1

Un patient âgé de 70 ans, vivant seul, a été hospitalisé par son médecin généraliste à la Clinique universitaire de gériatrie aiguë, à Bâle, en raison d'un état de faiblesse générale. Ce patient se plaignait de fatigue chronique et de manque d'élan vital. Depuis le décès de son épouse, il y a un peu plus d'une année, il a souffert de manque d'appétit. Pendant toute cette période, il s'est insuffisamment alimenté et a aussi négligé les apports liquidiens.

C'est ainsi qu'il a perdu 7 kg au cours des huit derniers mois. Son visage était émacié et pâle, avec une peau sèche. Les examens relatifs au status nutritionnel ont mis en évidence une malnutrition sévère, avec une hypoalbuminémie importante et une diminution marquée du taux sérique de zinc. Les autres paramètres nutritionnels étaient également pathologiques (fig. 4). L'état de malnutrition sévère de ce patient résultait d'une dépression majeure, consécutive à la solitude et au désarroi face à la maîtrise autonome des tâches quotidiennes.

A l'examen d'entrée, le patient s'est également plaint de violentes douleurs au niveau de la mâchoire supérieure. Ces douleurs étaient liées à une nouvelle prothèse complète. L'anamnèse a révélé que cet homme avait consulté son médecin dentiste quelque temps après le décès de son épouse, en raison de douleurs dentaires. Suite à cette consultation, les dents restantes du maxillaire supérieur avaient été enlevées et remplacées par une prothèse totale. Ces mesures n'ont pas amélioré la situation orale. Des irritations chroniques douloureuses et des ulcérations de la muqueuse buccale se sont manifestées au niveau du lit de la prothèse, et les mesures de correction de la prothèse n'ont pas permis de maîtriser ces problèmes. Et même le rebasage de la prothèse par un matériau mou n'a pas permis d'améliorer les plaintes. Ces problèmes ont contribué à aggraver encore l'état de nutrition du patient. L'examen dentaire lors de l'entrée à l'hôpital a montré que la prothèse dentaire du maxillaire supérieur avait été réalisée correctement, et que la muqueuse sous-jacente n'était pas infectée. Cette situation suggérait dès lors que l'irritation chronique de la muqueuse était liée à la malnutrition et à la xérostomie qui était également présente.

Le traitement médical a consisté tout d'abord à réalimenter le patient à l'aide de suppléments liquides équilibrés, auxquels on

Paramètres nutritionnels d'après MORLEY et coll. 1995				
Degré de gravité de la malnutrition	Norme	Légère	Sévère	Très sévère
Protéines				
Albumines g/l	35–45	29–34	23–28	< 22
Transferrine g/l	2,5–4,0	1,8–2,5	1,0–1,7	< 1,0
Préalbumine mg/l	250–400	120–249	100–119	< 100
Rétinol Binding Protein mg/l	50–60	39–49	30–38	< 30
Cholinestérase Ul/ml	> 7,0	5,0–6,9	3,0–4,9	< 2,9
Lipidémie				
Cholestérol mmol/l	> 4,5	3,0–4,4	2,0–2,9	< 2,0
Vitamines et minéraux				
Fer mmol/l	9,5–33	5,0–9,4	2,5–4,9	< 2,5
Zinc mmol/l	10,7–22,9	9,0–10,6	6,0–8,9	< 6,0
Calcium mmol/l	2,10–2,65	–	–	–
Magnésium mmol/l	0,75–1,05	–	–	–
Vitamine B₁₂ pmol/l	> 300	< 250	< 150	< 100
Acide folique nmol/l	9,5–45,0	8,0–9,4	5,0–7,9	< 5,0
25-Hydroxy-vitamine D3 nmol/l	25–155 (hiver)	50–310 (été)		
Autres paramètres nutritionnels				
Homocystéine mmol/l	5–15	> 15 pathologique, indice de carence en acide folique		
Hémoglobine g/dl	12,5–14,5	9,5–12,4	8,0–9,4	< 8,0
Lymphocytes/mm³	1800–4000	1000–1700	500–900	< 500
Nb. lymphocytes × 10 ⁹ /l	1,8–4,0	1,0–1,7	0,5–0,9	< 0,5
IL-1/IL-6/TNF-alpha	–	–	–	–
CRP mg/l	< 5	–	–	–

Fig. 3 Les paramètres du status nutritionnel (d'après MORLEY et coll. 1995)

Paramètres nutritionnels lors de l'hospitalisation d'une patiente âgée de 70 ans				
Degré de gravité de la malnutrition	Norme	Légère	Sévère	Très sévère
Albumine g/l	35–45			19
Fer mmol/l	9,5–33		4,7	
Zinc mmol/l	10,7–22,9			4,5
Vitamine B ₁₂ pmol/l	> 300		114	
Acide folique nmol/l	9,5–45,0		7,5	
Hémoglobine g/dl	12,5–14,5		8,3	
Lymphocytes/mm ³	1800–4000		880	

Fig. 4 Paramètres du status nutritionnel chez une patiente de 70 ans lors de l'hospitalisation

a ajouté du zinc (Berocca®, Roche, Suisse), de la vitamine B₁₂ (Vitarubin®, Streuli, Suisse), de l'acide folique (Folvite®, Opopharma, Suisse) et des protéines. Le retour à une alimentation normale a été réalisé par étapes au fur et à mesure de l'amélioration progressive de l'état général du patient, qui retrouvait peu à peu son appétit suite au passage d'un état métabolique catabolique à un état anabolique. Lors du passage progressif à l'autocontrôle de l'apport liquidien, l'équipe soignante a veillé à

ce que le patient boive suffisamment (30 ml/kg de poids corporel). Le traitement antidépresseur a été administré à dessin le matin, vu son effet inhibiteur sur la sécrétion de salive, afin de ne pas renforcer inutilement la xérostomie qui est généralement plus marquée pendant la nuit. Sur le plan de la médecine dentaire, un produit de substitution de la salive à base de mucine a été prescrit (Saliva Orthana®, AS Pharma, Danemark). Pour ménager les muqueuses, la prothèse n'a été portée tout d'abord

Paramètres nutritionnels après 3 mois d'hospitalisation d'une patiente âgée de 70 ans

Degré de gravité de la malnutrition	Norme	Légère	Sévère	Très sévère
Albumine g/l	35–45	31		
Fer mmol/l	9,5–33	11,5		
Zinc mmol/l	10,7–22,9	11,4		
Vitamine B ₁₂ pmol/l	> 300	1224		
Acide folique nmol/l	9,5–45,0	45,5		
Hémoglobine g/dl	12,5–14,5	10,3		
Lymphocytes/mm ³	1800–4000	1080		

Fig. 5 Paramètres du status nutritionnel chez une patiente de 70 ans après trois mois de traitement hospitalier de la malnutrition et de la dépression

que lors des repas ou pendant les contacts sociaux avec les autres patients. L'amélioration de l'alimentation obtenue au cours des trois premiers mois du séjour hospitalier a entraîné la normalisation de la situation orale et il n'a pas été nécessaire de recourir à d'autres mesures prothétiques. L'amélioration des paramètres sanguins reflétant l'état de nutrition s'est accompagnée de la guérison normale des plaies (AGREN 1990; OKADA et coll. 1990; FAURE et coll. 1991; MAITRA & DORANI 1992; ENEROTH et coll. 1997; FLANIGAN 1997; THOMAS 1997; SEILER & REGENER 2005), (fig. 5). Après un séjour hospitalier d'une durée de six mois, le patient a été transféré dans un home pour personnes âgées, afin de ne pas reproduire une situation menant à l'isolement et à la malnutrition. Le patient pouvait à nouveau s'alimenter normalement. La prothèse totale au niveau du maxillaire supérieur était bien tolérée. Une prise en charge interdisciplinaire médico-dentaire du patient a été organisée. Le contrôle régulier de l'alimentation a été réalisé ensuite par le médecin généraliste sur la base de l'anamnèse et du contrôle des paramètres nutritionnels. Le médecin dentiste traitant a pris en charge le suivi de la situation orale.

Présentation de cas: exemple n° 2

Cette patiente de 73 ans a été hospitalisée à la Clinique universitaire de gériatrie aiguë, à Bâle, en raison d'un ulcère de décubitus au niveau du sacrum. Elle a été présentée au dentiste pour évaluer et traiter un problème d'intolérance prothétique au niveau de la mâchoire inférieure édentée. Cette intolérance était provoquée par des ulcérations persistantes dues à la pression exercée par la prothèse sur la muqueuse alvéolaire de la mandibule, alors que la prothèse totale elle-même avait été réalisée correctement, tant sur le plan anatomique que fonctionnel. Cette patiente souffrait depuis 54 ans d'une polyarthrite rhumatoïde sévère ayant entraîné une immobilisation progressive. Elle présentait de multiples malpositions invalidantes, des subluxations et des contractures de flexion au niveau des grandes et petites articulations des bras et des jambes. Suite à l'immobilisation, les articulations des hanches et des genoux étaient ankylosées. La colonne cervicale présentait une scoliose rigidifiée. La patiente ne se souvenait pas de la dernière mobilisation au bord du lit ou en chaise roulante. Cette femme qui vivait à domicile jusqu'à l'hospitalisation était dépendante de l'aide de tierces personnes pour toute activité. Pendant la période précédant l'hospitalisation, elle avait présenté des pneumonies récidivantes,

dont l'apparition avait été favorisée par la situation grabataire, la broncho-aspiration de liquides en provenance de la bouche, du pharynx et de l'estomac et par une malnutrition avancée avec cachexie sévère. Les paramètres nutritionnels montraient une hypoalbuminémie, une carence en zinc, une lymphocytopénie et une anémie. La patiente présentait également une ostéoporose, une hernie hiatale et un reflux gastro-œsophagien chronique. Les causes de la malnutrition et leurs relations complexes sont présentées schématiquement (fig. 6). Ici également, le rôle de la xérostomie et de la malnutrition dans la pathogenèse des ulcérations chroniques de la muqueuse buccale a dû être pris en compte. Le traitement médical a été basé sur l'amélioration de la situation nutritionnelle, le traitement chirurgical de l'ulcère de décubitus (recouvrement), la prophylaxie des pneumonies et le maintien de la mobilité articulaire résiduelle. La mobilisation en chaise roulante n'a pas été possible jusqu'au transfert de la patiente dans un home médicalisé. Le traitement de la muqueuse buccale et l'amélioration de la fonction prothétique ont été basés également sur les mesures suivantes: la normalisation (par supplémentation) des valeurs sanguines essentielles pour la cicatrisation des plaies (albumine, zinc et numération lymphocytaire), et non pas sur des mesures liées directement à la prothèse

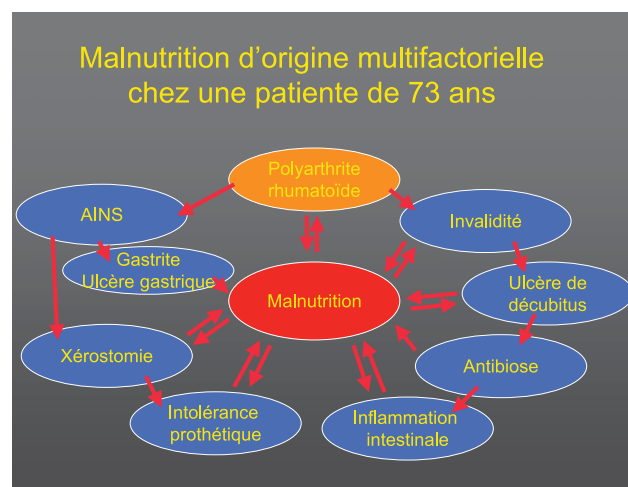


Fig. 6 Causes multifactorielles de malnutrition chez une patiente de 73 ans souffrant de longue date d'une polyarthrite rhumatoïde sévère.

(AGREN 1990; OKADA et coll. 1990; FAURE et coll. 1991; MAITRA & DORANI 1992; ENEROTH et coll. 1997; FLANIGAN 1997; THOMAS 1997; SEILER & REGENER 2005). Des mesures prothétiques supplémentaires avec deux implants n'entraient pas en ligne de compte au vu de la situation médicale et sociale de la patiente.

Conclusions

- Le succès des traitements dentaires chez les personnes âgées et l'accompagnement à long terme de ces patients nécessite de considérer d'emblée le vieillissement sous un angle pluridisciplinaire. Cette exigence présuppose cependant des connaissances médicales qui débordent du cadre spécifique de la médecine dentaire et qui ne sont pas encore suffisamment prises en compte dans le programme d'enseignement et la recherche universitaire. Il est urgent d'adapter en conséquence les programmes de formation universitaires et la formation continue.
- La malnutrition représente à cet égard un problème typique, largement ignoré à ce jour par la médecine dentaire malgré son incidence élevée chez la personne âgée. En l'absence d'un diagnostic et d'un traitement adéquat, la malnutrition entraîne une dégradation accélérée de l'état général de ces patients, favorise la progression des maladies et peut entraîner des réactions atypiques aux traitements médicamenteux. Il en résulte une augmentation de la morbidité et de la mortalité.
- L'évaluation du status nutritionnel des personnes âgées devrait dès lors faire partie intégrante du diagnostic médico-dentaire, afin de garantir un diagnostic médical aussi précoce que possible et d'éviter ainsi – ou de traiter – des affections consécutives de la cavité buccale. Le suivi médico-dentaire régulier de tous ces patients, quelle que soit leur situation prothétique – et même lorsqu'ils sont complètement édentés – est très important pour le diagnostic précoce des nouvelles affections de la cavité buccale.