

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1 Comment peut-on résoudre le problème des limites que pose une gencive mandibulaire atrophiée lors de la prise des empreintes définitives d'une prothèse mandibulaire complète?

La fabrication d'une prothèse mandibulaire complète pour un patient présentant une gencive atrophiée constitue un défi de taille pour le clinicien (ill. 1).

Une surface d'appui «adéquate» doit être de la bonne hauteur et suffisamment large, 2 facteurs qui limitent la capacité des forces de déplacement à déloger la prothèse complète qui y prend appui. Cependant, dans le cas d'atrophie mandibulaire, qui se caractérise par une importante perte osseuse, il demeure peu de structure permettant d'offrir une résistance aux forces de déplacement qui s'exercent lors des contacts occlusaux ou de l'activité musculaire fonctionnelle. Le problème se complique davantage du fait que les patients présentant une crête mandibulaire atrophiée sont principalement des personnes âgées, qui sont édentées depuis une période prolongée, dont les antécédents médicaux sont complexes et dont les ressources financières peuvent être limitées. Bien que l'on puisse envisager la pose d'une prothèse mandibulaire sur implant chez ces patients, ce type de prothèse est habituellement contre-indiqué en raison d'un volume osseux insuffisant, ou pour d'autres raisons médicales ou péculiaires.

Il est souvent souhaitable d'appliquer une technique de prise d'empreintes fonctionnelle pour prendre l'empreinte d'une gencive atrophiée. On prend ce type d'empreinte en

appliquant un matériau approprié, comme un conditionneur de tissu, à l'intrados de la prothèse existante. On demande alors au patient de porter ce matériau pendant 48 heures, période au cours de laquelle une empreinte de la surface atrophiée se crée dans un contexte de stress fonctionnel.

Technique

Examinez la prothèse mandibulaire complète du patient, principalement aux extensions buccales et linguales. Si ces zones sont trop étendues, commencez d'abord par les réduire. Nettoyez la prothèse mandibulaire à l'éthanol.

Appliquez le conditionneur de tissu (matériau à regarnissage de Ardee, Reliance Dental Manufacturing Co., Worth, Ill.) en 2 bandes rectangulaires à l'intrados de la prothèse mandibulaire; 1 bande de chaque côté de l'intrados. Dans la région antérieure de la prothèse, enlevez l'excès de matériau et scellez à l'aide d'un couteau à cire chaude. Adaptez le matériau à la périphérie de la prothèse, et scellez les rebords aux faces buccale et linguale à l'aide du couteau à cire chaude (ill. 2).

Insérez la prothèse dans la bouche du patient et veillez à ce que le rapport maxillo-mandibulaire ou la dimension verticale de l'occlusion ne soit pas trop altérée. Renvoyez le patient chez lui en lui demandant de porter la prothèse pendant 48 heures consécutives tout en exécutant ses fonctions buccales et masticatoires habituelles.



Illustration 1 : Gencive inférieure atrophiée.



Illustration 2 : Une bande de matériau à regarnissage de Ardee appliquée sur la moitié gauche de l'intrados de la prothèse mandibulaire complète.

Après 48 heures, réexaminez le patient. Une empreinte fonctionnelle satisfaisante de la surface d'appui de la prothèse aura alors été créée à l'aide du conditionneur de tissu. Créez un modèle à partir de cette empreinte et utilisez ce modèle pour la fabrication de la nouvelle prothèse suivant la technique habituelle.

Comme ce type d'empreinte se fait pendant plusieurs jours de pression occlusale habituelle, la technique devrait permettre d'obtenir une répartition égale des forces occlusales sur la surface d'appui de la prothèse. Cette technique est particulièrement utile chez les patients qui se plaignent de douleur constante sous leur prothèse mandibulaire complète. ♦



Le Dr Robin O'Sullivan est chargé de cours en anatomie au Collège universitaire de Cork, Cork (Irlande). Il n'a aucun intérêt financier déclaré dans l'un ou l'autre des produits mentionnés dans cet article. Courriel : vros@ucc.ie.

Lectures supplémentaires

- Berry DC, Wilkie JK. An approach to dental prosthetics. London: Pergamon Press; 1964. p. 22-5.
- Jagger D, Harrison A. Complete dentures — problem solving. London: BDJ Books; 1999. p. 40.
- McCord JF, Grant AA. Impression making. *Br Dent J* 2000; 188(9):484-92.
- Zarb GA, Bolender CL, Carlsson GE. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. 11th ed. St. Louis: Mosby; 1997. (see Chapters 20 and 29).

Question 2

Que puis-je faire pour évaluer un patient souffrant de sensation de brûlures?

La sensation de brûlures est un complexe symptomatique caractérisé par une sensation de brûlures des tissus de la bouche en l'absence d'anomalie clinique ou de laboratoire. Ce signe se manifeste le plus souvent au niveau des parties antérieures de la langue et du palais et des lèvres, que ce soit individuellement ou en combinaison. Les symptômes sont souvent bilatéraux, mais s'ils sont unilatéraux, il faut envisager la possibilité d'autre cause à la sensation de brûlures, comme une lésion ou une tumeur. La sensation de brûlures peut être associée à l'altération du goût et à la sécheresse de la bouche. Les circonstances menant à l'apparition de la sensation de brûlures sont souvent méconnues, mais elle peut se manifester à la suite d'un traitement dentaire, de l'usage de médicaments ou d'une infection virale. La douleur peut nuire à la capacité du patient de s'endormir, mais elle le réveille rarement, et elle peut être moins intense pendant l'alimentation. Le patient peut être en état de détresse et obsédé par ses symptômes persistants.

Causes

On pense actuellement que la sensation de brûlures est une forme de neuropathie d'étiologies variées et multiples. En dépit de sa manifestation relativement fréquente chez les femmes en période de périménopause, l'hormonothérapie de remplacement n'a habituellement que peu d'effets sur les symptômes bien établis de cette affection. Il demeure cependant possible que des changements neurologiques irréversibles se manifestent pendant la période de périménopause, et une fois ces changements établis, il n'y a aucune réaction à l'hormonothérapie de remplacement. La carence en vitamines et en fer se manifeste rarement, et les symptômes ne réagissent pas à la prise de suppléments. Le diabète compte parmi les autres maladies systémiques envisagées, en raison des neuropathies périphériques qui accompagnent parfois cette maladie, mais on n'a observé aucune relation avec les maladies

d'origine immunologique. Les affections dentaires localisées, y compris la sécheresse de la bouche, les réactions aux matériaux de restauration dentaire comme les amalgames et la candidose ne sont pas considérées comme des facteurs causatifs. Parmi les facteurs causatifs on compte parfois les habitudes linguales, comme le fait de presser la langue contre les dents, et l'hyperactivité musculaire. Malgré le fait que la sécheresse de la bouche soit commune chez les patients souffrant de sensation de brûlures, peu d'études signalent une réduction de la salivation. Certaines études ont cependant révélé des changements dans les éléments constitutifs de la salive, notamment des protéines, de la mucine et des immunoglobulines, et des changements du pH et du pouvoir tampon, changements qui peuvent être attribuables à une altération de la fonction du système nerveux autonome ou à des interactions entre les nerfs crâniens ayant un effet subversif sur le goût, la douleur et la salivation. Selon une théorie récente, la perturbation de la fonction du goût entraîne une inhibition réduite des sensations douloureuses dans la cavité buccale qui, à son tour, provoque la sensation de brûlures.

On sait que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) administrés pour le traitement de l'hypertension (par ex., le captopril) causent une sensation de brûlures et des changements du goût. On peut réduire les douleurs à la bouche en cessant leur administration ou en réduisant leur dose.

Diagnostic

Le diagnostic de la sensation de brûlures (et son traitement) peut s'avérer difficile car le patient présente souvent de multiples douleurs buccales, il peut être obsédé par ses symptômes et se sentir anxieux ou déprimé, ce qui exacerbe la sensation douloureuse. On ignore si le dysfonctionnement psychologique chez les personnes souffrant de douleur chronique est le résultat ou la cause de la douleur, mais il faut en tenir compte

chez les patients présentant des problèmes médicaux complexes et des symptômes graves. Le diagnostic de la sensation de brûlures se fonde sur des caractéristiques cliniques, notamment sa bilatéralité, l'exacerbation de la douleur en journée, la diminution de la douleur pendant l'alimentation et l'élimination d'autres affections locales ou systémiques potentielles connexes. On peut évaluer le débit salivaire et le goût. Pour bien évaluer cette affection il faut examiner à fond les antécédents médicaux du patient et procéder à un examen clinique afin d'éliminer la possibilité de toute maladie des muqueuses ou systémique sous-jacente et de déterminer s'il est indiqué de procéder à des épreuves en laboratoire ou de diriger le patient vers un spécialiste.

Prise en charge

Une fois que les affections buccales localisées et les affections systémiques ont été éliminées ou traitées, le traitement de la sensation de brûlures comprend l'administration de médicaments à action centrale contre la douleur névropathique, comme les antidépresseurs tricycliques, les benzodiazépines ou la gabapentine. Certaines études préconisent l'administration de faibles doses de clonazépam (0,25 à 1,0 mg) ou d'antidépresseurs tricycliques (10 à 40 mg). Les effets bénéfiques bien connus des tricycliques, comme l'amitriptyline, la désipramine, la nortriptyline, l'imipramine et la clomipramine, dans les cas de douleur chronique se distinguent de leurs effets antidépresseurs. Dans les cas résistants, on peut envisager l'administration de combinaisons de médicaments ayant différents modes d'action, mais il n'existe cependant aucune étude sur laquelle s'appuyer pour élaborer un traitement d'association contre la sensation de brûlures. Chez le patient sous traitement aux inhibiteurs de l'ECA, on peut envisager un changement de médicament si des solutions de rechange sont disponibles. Le traitement topique à la clonidine et à la capsaïcine peut être envisagé aux sites localisés.

La consultation et le soutien peuvent jouer un rôle de premier plan dans la démarche thérapeutique globale. Le

traitement approprié peut comprendre le renvoi à un spécialiste des douleurs buccofaciales chroniques, particulièrement de la sensation de brûlures. ♦



Le Dr Joel Epstein est professeur et directeur du Département des sciences diagnostiques et de la médecine buccale, Collège de médecine dentaire, et directeur du programme interdisciplinaire en cancer de la bouche, Collège de médecine, Centre anticancéreux de Chicago, Chicago (Illinois). Courriel : jepstein@uic.edu.



La Dre Miriam Grushka exerce dans un cabinet privé spécialisé dans la médecine buccale et la douleur buccofaciale à Toronto (Ontario). Elle fait partie du personnel actif du Centre de santé William Osler à Toronto et est co-directrice d'une clinique pour les patients souffrant de changements sensoriels buccofaciaux complexes à la Faculté de médecine de l'Université Yale.

Lectures supplémentaires

- Bartoshuk LM, Grushka M, Duffy VB, Fast L, Lucchina L, Putkin J, and others. Burning mouth syndrome: damage to CN VII and pain phantoms in CN V. *Chem Senses* 1999; 24:609-13.
- Grushka M, Bartoshuk LM. Burning mouth syndrome and oral dysesthesia. *Can J Diag* 17:99-109.
- Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome and other oral sensory disorders: a unifying hypothesis. *Pain Res Manag* 2003; 8(3):133-5.
- Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician* 2002; 65(4):615-20.
- Ship JA, Grushka M, Lipton JA, Mott AE, Sessle BJ, Dionne RA. Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(7):842-53.
- Svensson P, Kaaber S. General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. *J Oral Rehabil* 1995; 22(12):887-95.
- Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(7):67-71.
- Zakrewska JM. The burning mouth syndrome remains an enigma. *Pain* 1995; 62(3):253-57.

Question 3

Devrait-on recourir à la radiographie panoramique comme outil de dépistage des maladies buccodentaires, dont le cancer, et existe-t-il un intervalle recommandé pour la prise de radiographies panoramiques?

Les recommandations en vigueur au sujet de l'imagerie diagnostique en dentisterie, notamment la radiographie panoramique, ont été formulées par un groupe consensuel mis sur pied en 1983 par la Food and Drug Administration des É.U. Les lignes directrices ont été publiées en 1988¹ et depuis ce temps leur efficacité a été mise à l'épreuve à maintes reprises²⁻⁷.

Selon ces lignes directrices, on ne devrait recourir à l'imagerie qu'après avoir constaté des antécédents, un signe ou un symptôme, et seulement si la reconnaissance de ces antécédents, de ce signe ou de ce symptôme s'avère importante dans le diagnostic ou le plan de traitement du patient. Selon les lignes directrices, la radiographie panoramique est

recommandée chez les enfants au début de la phase de dentition mixte et en fin d'adolescence pour détecter les anomalies dentaires congénitales et établir la présence et définir le schéma éruptif de la dentition permanente en formation, notamment au niveau des troisièmes molaires. Chez le patient adulte partiellement ou complètement édenté, la radiographie panoramique est recommandée avant la fabrication des prothèses amovibles afin de déceler la présence de dents incluses, de racines dentaires résiduelles et de toutes autres conditions intra- ou extra-osseuses qui pourraient nuire à la réhabilitation prothétique.

Au moment d'évaluer la nécessité de l'examen radiologique en l'absence d'antécédents, de signes et de symptômes, il est

important de tenir compte de la prévalence de la maladie, tout comme de la probabilité de la présence de telles lésions en l'absence de signes et de symptômes cliniques. Il est cependant difficile d'obtenir de telles données, et les études publiées sont rares⁸⁻¹¹. Les données limitées sur la prévalence des états pathologiques buccaux et maxillofaciaux laissent croire que la probabilité de reconnaître une anomalie osseuse grave chez un patient sans signe ni symptôme décelables (patient asymptomatique) est «infinitésimale»². Le recours à la radiographie buccale et maxillofaciale, et particulièrement à la radiographie panoramique, comme outil de diagnostic de telles lésions ne trouve aucun appui dans la littérature.

Dans le même ordre d'idée, à l'exception de la radiographie rétrocoronaire pour la détection de la carie dentaire, la littérature ne soutient aucunement le recours à la radiographie intra-buccale ou panoramique complète de «routine» ou à «intervalle régulier» (p. ex., tous les 5 ans) chez le patient asymptomatique. En fait, compte tenu des lacunes techniques de la radiographie panoramique (par exemple, l'impossibilité de produire des images aux dimensions exactes et de rendre les menus détails anatomiques), il faut conclure à l'utilité limitée de cette technique d'imagerie en dentisterie générale. ♦



Le Dr Ernest Lam est spécialiste en radiologie buccale et maxillofaciale et professeur agrégé de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).
Courriel : ernest.lam@ualberta.ca.

Références

1. Lireka JP. The selection of patients for X-ray examinations: dental radiographic examinations. Rockville, Md: U.S. Food and Drug Administration; 1987. DHHS publication 88-8273.

2. Stephens RG, Kogan SL, Speechley MR, Dunn WJ. A critical view of the rationale for routine, initial and periodic radiographic surveys. *J Can Dent Assoc* 1992; 58(10):825-8, 831-2, 837-7.
3. White SC, Atchison KA, Hewlett ER, Flack VF. Efficacy of FDA guidelines for ordering radiographs for caries detection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77(5):531-44.
4. Atchison KA, White SC, Flack VF, Hewlett ER. Assessing the FDA guidelines for ordering dental radiographs. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(10):1372-83.
5. White SC, Atchison KA, Hewlett ER, Flack VF. Efficacy of FDA guidelines for prescribing radiographs to detect dental and intraosseous conditions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80(1):108-14.
6. Atchison KA, White SC, Flack VF, Hewlett ER, Kinder SA. Efficacy of the FDA selection criteria for radiographic assessment of the periodontium. *J Dent Res* 1995; 74(7):1424-32.
7. Hubar JS, Cresson RJ. Radiographic selection protocol for new and recall patients in U.S. and Canadian dental schools. *J Can Dent Assoc* 1995; 61(11):975-8, 983-4.
8. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36(10):771-8.
9. Gunhan O, Erseven G, Ruacan S, Celasun B, Aydintug Y, Ergun E, and other. Odontogenic tumours: a series of 409 cases. *Aust Dent J* 1990; 35(6):518-22.
10. Bhaskar SN. Oral pathology in the dental office: a survey of 20,575 biopsy specimens. *J Am Dent Assoc* 1968; 76(4):761-6.
11. Lu Y, Xuan M, Takata T, Wang C, He Z, Zhou Z, and others. Odontogenic tumors. A demographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86(6):707-14.

Lectures supplémentaires

An update on radiographic practices: information and recommendations. ADA Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(2):234-8.

American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guidelines on prescribing dental radiographs. Disponible à l'adresse URL : http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/02-03/E_Radiographs.pdf.

Question 4

Comment devrais-je traiter un patient souffrant de xérostomie?

La xérostomie se caractérise par une diminution de la production salivaire et par une altération de la composition chimique de la salive, 2 facteurs qui, lorsqu'ils sont conjugués, occasionnent la sécheresse de la bouche. La xérostomie peut toucher plusieurs aspects de la fonction buccale et contribuer à l'apparition de la douleur, de la carie et des infections de la bouche. Elle peut se traduire par une réduction importante de la qualité de vie en raison de la perte de sensation gustative. Les patients souffrant de xérostomie signalent souvent qu'ils évitent certains aliments, comme les aliments secs (p. ex., le pain) et les aliments collants (p. ex., le beurre d'arachides). La xérostomie peut en outre nuire à l'élocution du patient, provoquer des fentes et des fissures dans la muqueuse buccale et contribuer à l'halitose. Le port de prothèses peut s'avérer très inconfortable et les difficultés de mastication peuvent être exacerbées en raison de la tension de surface réduite entre la muqueuse sèche et la prothèse. La xérostomie participe

aussi au taux d'incidence élevé de malnutrition chez les personnes âgées.

Causes

Médicaments

La cause la plus fréquente de xérostomie est la prise de certains médicaments systémiques. Plus de 500 médicaments sont reconnus pour causer la xérostomie. Les anticholinergiques, les antidépresseurs et les antihypertenseurs ne sont que quelques exemples de catégories de médicaments causant cette affection. Les cas de xérostomie seront probablement de plus en plus fréquents dans les cabinets dentaires en raison du vieillissement de la population.

La radiothérapie

La xérostomie est l'un des principaux effets secondaires de la radiothérapie radicale de la tête et du cou, et elle se manifeste

à la suite de l'irradiation des glandes salivaires¹. Le degré de destruction du tissu glandulaire est en grande partie fonction de la dose de rayonnement administrée. Un rétablissement partiel est probable dans les 6 à 12 mois à moins que toute la glande n'ait été exposée à de fortes doses de rayonnement.

Prise en charge

Prévention de la carie et soins dentaires complets

Les patients souffrant de xérostomie sont plus sujets à la carie dentaire en raison de la réduction de leur débit salivaire. Il est donc essentiel pour eux d'observer une hygiène buccale soignée, de s'alimenter adéquatement et de recevoir régulièrement des soins dentaires. L'utilisation de rince-bouche antibactériens comme la chlorhexidine à 0,12 % est utile pour empêcher la formation de tartre et prévenir la gingivite. L'application de fluorure est l'intervention la plus importante dans les cas de lésions causées par le rayonnement. Chez les patients présentant un risque faible, le traitement recommandé consiste en l'application régulière de fluorure topique et en l'utilisation quotidienne d'un rince-bouche à 0,05 % de fluorure de sodium. Chez les patients plus gravement atteints, on recommande une solution de fluorure à forte concentration, comme le gel de phosphate de fluorure acidulé à 1,23 % appliqué à l'aide d'un porte-fluor pendant 4 minutes.

Biotene et Oralbalance

Les produits Biotene et Oralbalance (Laclede Professional Products, Rancho Dominguez, Calif.) contiennent 3 enzymes élémentaires (lactopéroxydase, lysozyme et glucose-oxydase) et une protéine (lactoferrine) qui se retrouvent à l'état naturel dans la salive de l'être humain et qui privent les bactéries de l'apport en fer. Cette combinaison enzymatique a pour but de remplacer l'activité des enzymes salivaires absente ou diminuée chez les patients souffrant de xérostomie, et donc de réduire le nombre de microorganismes néfastes tout en épargnant ceux qui sont bénéfiques. Biotene est offert sous forme de gomme à mâcher sans sucre, de rince-bouche sans alcool, d'adhésif émoullent pour prothèses et de pâte dentifrice, tandis que Oralbalance est offert sous forme de gel émoullent.

Pilocarpine

Chez les patients souffrant de xérostomie grave, on peut prescrire un stimulant cholinergique général comme la pilocarpine (nom commercial Salagen, Pharmacia Canada Inc.)². La pilocarpine est approuvée comme sialogogue seulement chez les patients sous radiothérapie, chez ceux atteints du syndrome de Sjögren et dans les cas de xérostomie d'origine médicamenteuse. Chez ces patients, les produits comme les rince-bouche, les substituts salivaires, les stimulants salivaires et les techniques comme la prise d'eau à petites gorgées demeurent souvent inefficaces.

La posologie habituelle chez l'adulte est de 1 à 2 comprimés de 5,0 mg 3 à 4 fois par jour sans dépasser 30 mg par jour³. Pour obtenir des résultats optimaux, le traitement devrait durer au moins 90 jours car le médicament doit être administré pendant plusieurs semaines avant qu'il ne fasse effet et que les symptômes ne commencent à se résorber. Après cette

période, le temps requis pour accroître la salivation après l'administration orale du médicament est de 15 minutes, l'effet maximal se manifeste après 60 minutes et la salivation accrue dure de 2 à 3 heures.

Les effets secondaires fonction de la dose de la pilocarpine sont la transpiration, la rhinite, les frissons, les mictions fréquentes, les étourdissements, le larmolement excessif et la pharyngite. Comme la pilocarpine est un médicament parasymphomimétique, elle comporte un risque d'effets secondaires cardiovasculaires et respiratoires.

Parmi les contre-indications de la pilocarpine on compte le glaucome par fermeture de l'angle, l'asthme non contrôlé et les ulcères gastriques. ➤



La Dre Sandra Cassolato est résidente de première année en orthodontie à la Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario).



Le Dr Robert Turnbull est professeur et directeur adjoint, discipline de parodontie, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario)
Courriel : robert.turnbull@ualberta.ca.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Références

1. Warde P, Kroll B, O'Sullivan B, Aslanidis J, Tew-George E, Waldron J, and others. A phase II study of Biotene in the treatment of postradiation xerostomia in patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer* 2000; 8(3):203-8.
2. Zimmerman RP, Mark RJ, Tran LM, Juillard GF. Concomitant pilocarpine during head and neck irradiation is associated with decreased posttreatment xerostomia. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 37(3):571-5.
3. Canadian Pharmacists Association. Compendium of pharmaceuticals and specialties. 38th ed. Ottawa: The Association; 2003. p. 1532-3.

Lectures suggérées

- Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology* 2003; 20(2):64-77.
- Greenspan D. Xerostomia: diagnosis and management. *Oncology (Huntingst)* 1996; 10(3 Suppl):7-11.
- Garg AK, Malo M. Manifestations and treatment of xerostomia and associated oral effects secondary to head and neck radiation therapy. *J Am Dent Assoc* 1997; 128(8):1128-33.