

Les urgences bucco-dentaires



Claude Bernard WIERZBA

L'urgence bucco-dentaire se définit comme une entité clinique qui nécessite une mobilisation rapide de connaissances, aussi bien pour établir un diagnostic précis que pour décider d'une thérapeutique.

Cette thérapeutique immédiate se doit d'être efficace et non iatrogène.

La consultation en urgence concerne toutes les disciplines de l'odontologie.

Dans cette première partie, nous envisagerons les douleurs dentaires, les traumatismes alvéolo-dentaires chez l'adulte, les urgences en parodontologie, puis une étude réalisée dans le seul hôpital parisien accueillant les urgences bucco-dentaires

Dans un prochain numéro, l'urgence en odontologie pédiatrique, les urgences en pathologie, les urgences en odontologie conservatrice et en endodontie et enfin une étude sur les étiologies des urgences dans un service d'odontologie conservatrice seront traitées

Le premier critère de consultation en urgence est la douleur ; celle-ci représente le premier motif de consultation en médecine générale et en médecine bucco-dentaire.

Nathan Moreau nous propose une rationalisation de la prise en charge de la douleur et de la stratégie antalgique en situation d'urgence bucco-dentaire, démontrant l'importance de

l'étiopathogénie pour déterminer la prise en charge pharmacologique de ces douleurs.

Les traumatismes sont très fréquents, principalement dans le secteur antérieur ; le patient consulte pour une urgence qu'il faut traiter immédiatement.

La traumatologie chez l'adulte, fréquente aujourd'hui avec le nombre croissant d'accidents mécaniques, est exposée par Roch Pecorari, qui présente une classification des traumatismes bucco-dentaires et expose les différentes thérapeutiques, variables selon l'importance du traumatisme.

Les urgences en parodontologie nous sont présentées par Sylvie Pereira, qui expose les pathologies gingivales susceptibles de provoquer des douleurs intenses.

Enfin pour terminer cette première partie, Mikael Aboulker nous présente une étude réalisée dans le service d'odontologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, seul site francilien susceptible d'accueillir les urgences bucco-dentaires.

Merci à tous les auteurs qui ont dû travailler « en urgence » afin de respecter les délais.



Nathan MOREAU

Prise en charge des douleurs aiguës aux urgences bucco-dentaires : rationalisation de la stratégie antalgique

Nathan MOREAU
Paris

La douleur représente le premier motif de consultation en médecine générale, responsable de 75% des consultations d'urgence en médecine de ville (Rapport DRESS 2007). Elle est également le premier motif de consultation en médecine bucco-dentaire (Robin et al. 1996) motivant le plus souvent une consultation en urgence en cabinet dentaire, en centre de soins ou en service d'accueil des urgences bucco-dentaires.

Outre le diagnostic étiologique et la prise en charge adéquate de la pathologie bucco-dentaire ayant motivé une telle consultation, le chirurgien-dentiste se doit également d'assurer un traitement rapide et efficace de la douleur du patient. La prise en charge de la douleur est une obligation légale, éthique et déontologique (Pionchon & Melin 2011). En situation de douleur aiguë bucco-dentaire, la prise en charge comporte généralement une thérapeutique étiologique (pulpotomie, traitement endodontique, avulsion dentaire...) combinée à un traitement antalgique pharmacologique (antalgiques de palier I et II, le plus souvent). En pratique quotidienne, l'utilisation et l'indication de ces antalgiques est empirique, ne reposant généralement que sur le critère d'intensité douloureuse (paliers antalgiques de l'OMS). Ceci peut aboutir -dans certaines situations cliniques- à une analgésie insuffisante et un échec de prise en charge. Cet article propose une rationalisation de la stratégie antalgique en situation d'urgence bucco-dentaire basée sur une approche étiopathogénique de la douleur aiguë bucco-dentaire, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge pharmacologique de ces douleurs. Les douleurs neuropathiques de sémiologie et traitement bien plus complexes, relèvent d'une prise en charge spécialisée et ne seront pas décrites dans cet article.

Classification étiopathogénique simplifiée des douleurs aiguës aux urgences bucco-dentaires

Les douleurs aiguës bucco-dentaires représentent un exemple prototypique de douleurs dites « par excès de

nociception ». Elles proviennent d'une activation importante et prolongée des voies nociceptives physiologiques (nerf trigéminal, complexe sensitif du trijumeau, thalamus, cortex somato-sensoriel et insulaire... (voir Dalle et al. 2003) consécutives à la stimulation des nocicepteurs des fibres nerveuses périphériques Aδ et C par des médiateurs inflammatoires libérés lors d'une lésion tissulaire. Ainsi, ces douleurs peuvent schématiquement être regroupées sous le terme de « douleurs inflammatoires » par opposition aux douleurs neuropathiques par exemple, qui elles résultent d'une lésion du système nerveux somato-sensoriel (ex : lésion nerveuse périphérique post-traumatique, lésion nerveuse centrale post-AVC...).

Sur le plan clinique, la lésion tissulaire initiale peut avoir différentes origines (ex : infection dentaire ou gingivale, inflammation péri-apicale ou alvéolaire, pathologie de la muqueuse buccale, contracture musculaire, spasme réflexe du canal excréteur d'une glande salivaire principale...) voire plusieurs origines simultanément (ex : capsulite de l'articulation temporo-mandibulaire associée à une co-contraction réflexe du masséter ipsi-latéral). La stratégie antalgique à adopter devra prendre en compte cette diversité étiopathogénique.

Les douleurs dento-alvéolaires

Les douleurs ayant pour origine des pathologies inflammatoires/infectieuses dentaires et/ou alvéolaires représentent la grande majorité des situations douloureuses urgentes rencontrées en médecine bucco-dentaire. La douleur provient de la stimulation des nocicepteurs périphériques par stimulation mécanique directe (liée à l'augmentation de la pression intra-pulpaire) ou via les médiateurs inflammatoires/chimiques libérés lors de la réaction inflammatoire et/ou de l'infection qu'elle soit pulpaire (pulpite aiguë irréversible), péri-apicale (parodontite apicale aiguë, desmodontite, abcès apical aigu), gingivale (syndrome du septum, abcès parodontal, périoronarite congestive simple ou supprimée) ou alvéolaire (alvéolite sèche ou supprimée).

Les douleurs muqueuses

La muqueuse buccale peut être le siège de nombreuses pathologies compromettant son intégrité, notamment dans le cas d'aphtoses sévères, d'infections herpétiques (primo-infection ou ré-

currente) ou d'ulcérations traumatiques, pouvant motiver une consultation en urgence. La douleur ressentie par le patient dans ces pathologies est dans la grande majorité des cas (80%) décrite comme une brûlure, dont le caractère désagréable est plus notable que son intensité (Abdalla-Aslan et al. 2016). Dans le cas des infections herpétiques, le caractère de « brûlure » de la douleur est particulièrement fréquent et important, probablement du fait du neurotropisme du virus Herpes Simplex.

Les douleurs musculo-articulaires

Les douleurs musculo-articulaires aiguës sont un motif moins fréquent de consultation en urgence, mais de diagnostic et prise en charge parfois complexes. La majorité de ces douleurs est d'origine musculaire, principalement des co-contractions réflexes (en réponse à une pathologie douloureuse locale) ou des myospasmes (notamment dans un contexte de bruxisme), mais des capsulites de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) peuvent être également observées, ainsi que plus rarement des arthrites temporo-mandibulaires aiguës dans certaines situations pathologiques (polyarthrite rhumatoïde).

Les douleurs spasmodiques

Les douleurs spasmodiques définissent des douleurs aiguës profondes consécutives à la contraction spasmodique de cellules musculaires lisses. En médecine bucco-dentaire, ce type de contraction musculaire peut être observé dans le cas de lithiases affectant le conduit excréteur des glandes salivaires principales (conduit sub-mandibulaire ou parotidien) selon un mécanisme de spasme réflexe visant à faciliter l'expulsion naturelle de la lithiase. Cette contraction spasmodique du conduit excréteur est responsable d'un tableau douloureux aigu appelé « colique salivaire », pouvant motiver une consultation en urgence.

Les douleurs mixtes

Du fait d'une origine parfois plurifactorielle, le tableau douloureux du patient peut résulter de plusieurs mécanismes étiopathogéniques concomitants, nécessitant la prise en compte de l'ensemble de ces mécanismes pour obtenir une analgésie suffisante. A titre d'exemple, il n'est pas rare

d'observer une co-contraction musculaire réflexe en cas de capsulite de l'articulation temporo-mandibulaire, appelée « co-contraction d'immobilisation ». Le patient pourra alors ressentir soit deux douleurs distinctes soit avoir la sensation qu'une des deux douleurs irradie dans la région anatomique de la deuxième.

Moyens thérapeutiques de prise en charge des douleurs aiguës bucco-dentaires

La prise en charge des douleurs aiguës bucco-dentaires repose sur une variété de modalités thérapeutiques, utilisées seules ou en association, telles que la prescription de médicaments à effet antalgique, des traitements locaux (mèches imprégnées d'eugénol...) ou des anesthésies locales de longue durée.

Cette partie se focalisera uniquement sur les médicaments ayant un effet antalgique que le chirurgien-dentiste peut être amené à prescrire en situation d'urgence bucco-dentaire.

Les antalgiques classiques de palier I et II

Les antalgiques dits « classiques » sont des molécules dont l'action repose sur des mécanismes variés, utilisées pour leur effet antalgique et divisées schématiquement en 3 catégories correspondant aux 3 paliers d'antalgie de l'OMS :

- **Palier I** : antalgiques non opioïdes (paracétamol, AINS, acupan)
- **Palier II** : antalgiques opioïdes faibles (codéine, tramadol)
- **Palier III** : antalgiques opioïdes forts (morphine, oxycodone, fentanyl...)

Compte-tenu de l'intensité douloureuse des douleurs bucco-dentaires aiguës et de l'accès souvent aisé à une thérapeutique étiologique efficace, les antalgiques opioïdes forts (palier III) ne sont que peu prescrits en médecine bucco-dentaire et ne seront pas décrits ici.

Le paracétamol

Le paracétamol (également appelé acétaminophène) est un dérivé du para-amino-phénol. C'est le plus utilisé des antalgiques. Étonnamment, le mécanisme d'action du paracétamol est encore



Dénomination Commune Internationale	Nom commercial (dose)	Posologie	Dose maximale	Effets indésirables notoires
Paracétamol	DOLIPRANE®, EFFERALGAN®...	1g x 4 par jour, espacés d'au moins 4 heures	4 g par 24 heures	Aucun à dose thérapeutique
Paracétamol + codéine	CODOLIPRANE® (400/20), EFFERALGAN CODEINÉ® (500/30)....	2 comprimés par prise, en espaçant les prises de 6 heures	8 comprimés par 24 heures	Vertiges, nausées, somnolence
	KLIPAL® (600/50)	1 à 2 comprimés par prise, en espaçant les prises de 4 à 6 heures	6 comprimés par 24 heures	Vertiges, nausées, somnolence
Paracétamol + tramadol	IXPRIM® (325/37,5), ZALDIAR® (325/37,5)	2 comprimés par prise, en espaçant les prises de 6 heures	8 comprimés par 24 heures	Vertiges, nausées et somnolence
Tramadol	CONTRAMAL®, TOPALGIC®	50-100 mg par prise 2 fois par jour	400 mg par 24 heures	Vertiges, nausées et somnolence

Tableau I. Antalgiques classiques (Références : Monographies VIDAL®)

très mal connu, certains auteurs proposant un effet via l'inhibition centrale d'une enzyme : la cyclo-oxygénase 3. Il n'a pas d'effet anti-inflammatoire et n'entraîne pas de lésions gastriques. Hormis des effets hépatotoxiques à forte dose, il est de maniement très aisé.

Il présente un effet dose/réponse linéaire avec un plafond voisin de 1000 mg (Hersh et al. 2011); il est donc inutile et inefficace de dépasser 1 g par prise. La posologie recommandée chez l'adulte est de 3 à 4 g par jour en espaçant les prises d'au moins 4 heures.

L'adjonction d'un antalgique opioïde (codéine, tramadol) améliore l'antalgie, du fait de mécanismes différents.

La codéine

La codéine est un analgésique opioïde faible, métabolisé par le foie en morphine via une enzyme : le cytochrome P450 2D6. Cette enzyme existe en quantités variables selon les individus expliquant, à l'extrême, soit l'absence d'effet de la codéine chez certains patients (absence d'enzyme efficace) ou à l'inverse l'apparition, à dose thérapeutique, d'effets indésirables majeurs, tels que nausées et vertiges chez d'autres patients (enzyme en quantités trop importantes). Devant une telle variabilité d'effet individuel, il est important d'interroger le patient sur d'éventuelles prises antérieures de codéine et de leurs effets avant d'envisager sa prescription. L'effet de la codéine et des autres opiacés repose sur l'activation des voies centrales inhibitrices de la douleur. Leurs effets indésirables majeurs sont la dépression du système nerveux central avec risque de dépression respiratoire majeure à forte dose.

Dans la pharmacopée française, la codéine est toujours délivrée au sein d'une association avec un autre antalgique : paracétamol ou ibuprofène.

Théoriquement, il n'existe pas de dose maximale de codéine (hormis celle dictée par la tolérance individuelle du patient) et celle-ci sera -de fait- toujours dictée par la dose maximale de paracétamol (4 g/jour) ou d'ibuprofène (1200 mg/jour) de l'association. Enfin, il est important de noter que depuis le 30 avril 2013, l'ensemble des médicaments contenant de la codéine ont été contre-indiqués chez l'enfant de moins de 12 ans en raison d'effets indésirables graves observés chez ces patients (Rapport ANSM du 30 avril 2013).

Le tramadol

Le tramadol est un analgésique opioïde dont l'efficacité se rapproche de celle de la codéine. Son métabolite actif, le O-desméthyltramadol, exerce un effet central sur les voies inhibitrices de la douleur comme les autres opioïdes, mais a également un effet inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et sérotonine, à l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses parfois sévères. Les principaux effets indésirables sont les vertiges et nausées, souvent plus sévères qu'avec la codéine. Le tramadol peut être prescrit seul (TOPALGIC®, CONTRAMAL®) ou en association avec le paracétamol (IXPRIM®, ZALDIAR®), sans jamais dépasser 100 mg de tramadol par prise et 400 mg de tramadol par jour.

Les antalgiques de palier I et II les plus couramment utilisés en médecine bucco-dentaire sont résumés dans le tableau I.

Les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

Bien qu'étant classés parmi les antalgiques de palier I, les AINS représentent une classe pharmacologique particulière de par leurs effets antalgiques importants et leurs effets indésirables notables. Le chef de file de cette famille est l'ibuprofène (ADVIL®, NUROFEN®), l'antalgique de référence en médecine bucco-dentaire dans les pays anglo-saxons (Hersh et al. 2011).

Leur effet anti-inflammatoire et analgésique provient d'une inhibition des cyclo-oxygénases, enzymes impliquées dans la production de prostaglandines à partir de l'acide arachidonique. Cette inhibition est réversible pour la plupart des AINS à l'exception de l'aspirine qui inactive la cyclo-oxygénase de façon irréversible via une acétylation de son site actif.

De façon assez surprenante, ces molécules ont un effet antalgique important, similaire à celui d'antalgiques de palier II voire III. Ainsi, des études suggèrent que 400 mg d'ibuprofène ont un effet antalgique équivalent à 60mg de morphine ou 5 mg d'oxycodone dans des modèles de douleurs dentaires (Hersh et al. 2011). En particulier, une étude a montré qu'une prise de 400 mg d'ibuprofène était deux fois plus efficace comme antalgique post-opératoire que l'association de 600 mg de paracétamol et 60 mg de codéine après avulsion de troisième molaire (Barden et al. 2004). Une autre étude a montré que l'association d'ibuprofène avec un antalgique opioïde résultait en un effet antalgique plus rapide et plus important que l'ibuprofène seul (Van Dyke et al. 2004). En France, la seule association de ce genre est une association ibuprofène + codéine (ANTARÈNE CODEINÉ®). Du fait de mécanismes antalgiques différents, certaines études soulignent l'intérêt de l'association AINS et paracétamol avec un effet supérieur à l'effet individuel de chaque antalgique (Ong et al. 2010, Moore & Hersh 2013).

Les effets indésirables majeurs de cette classe thérapeutique, liés à l'inhibition des prostaglandines, sont d'ordre digestif (dyspepsie, gastralgie, nausées, vomissements), rénal (œdème, rétention hydro-sodée, insuffisance rénale aiguë), cutané (réactions d'hypersensibilité) et hépatique (hépatites cholestatiques, cytolytiques ou mixtes). Du fait d'un risque majeur d'atteinte rénale et cardio-pulmonaire fœtale, les AINS sont fortement déconseillés à tout stade de la grossesse et formellement contre-indiqués à partir du 5^{ème} mois révolu.

Enfin, il est important de souligner qu'il n'existe à ce jour toujours aucun consensus dans la littérature quant au risque potentiel de surinfection suite à la prise d'AINS lors d'infections aiguës ou chroniques. Il est rapporté des cas d'infections cervico-faciales sévères parfois fatales chez des patients ayant pris des AINS (Bennani-Baiti et al. 2015, Lepelletier et al. 2016) mais l'imputabilité directe de ces médicaments est difficile à établir. La majorité des auteurs s'accordent à dire que les infections majeures retrouvées chez les patients ayant pris des AINS résulteraient probablement davantage d'une consultation plus tardive (du fait de l'effet anti-inflammatoire mais surtout de l'effet antalgique majeur de cette classe thérapeutique) que d'un réel effet immunosuppresseur des AINS. Ainsi, dans un modèle animal de fasciite nécrosante, l'administration d'AINS (du diclofenac) n'avait au-

cune influence sur la gravité de l'infection observée (Eter et al. 2009). Au final, par précaution, il semble raisonnable d'éviter l'utilisation d'AINS en cas d'infections non traitées, afin d'éviter un retard de prise en charge et une aggravation du tableau clinique.

Les AINS les plus couramment utilisés en médecine bucco-dentaire sont indiqués dans le tableau II.

Les anesthésiques de contact/ analgésiques topiques

Les anesthésiques de contact sont des gels à usage buccal, contenant le plus souvent de la lidocaïne (DYNEXAN®, XYLOCAÏNE VISQUEUSE®), procurant une anesthésie locale de surface, atténuant ainsi la douleur liée à une atteinte muqueuse (aphte, érosion post-herpétique, ulcération traumatique). Ils présentent peu de contre-indications, mais le passage systémique doit être évité (il conviendra d'expliquer au patient de ne pas avaler le gel), justifiant un traitement de courte durée. Les analgésiques sont des gels buccaux contenant des principes actifs à effet antalgique tel que le salicylate de choline (PANSORAL®) d'utilisation similaire aux anesthésiques de contact. Les anesthésiques de contact et analgésiques topiques les plus utilisés en médecine bucco-dentaire sont résumés dans le tableau III.

Les myorelaxants

Les myorelaxants sont des médicaments de différentes classes pharmaceutiques exerçant un effet, le plus souvent central, sur la contraction musculaire spastique et/ou involontaire. Bien que n'étant pas des antalgiques à proprement parler, leur effet « décontractant » permet de limiter la stimulation nociceptive qui résulte de la contracture musculaire. Ils peuvent ainsi avoir un intérêt dans la gestion des co-contractions d'immobilisation ou

les myospasmes observés au cours de dysfonctionnements temporo-mandibulaires aigus. **Les principaux myorelaxants pouvant être utilisés en médecine bucco-dentaire sont résumés dans le tableau IV.**

Les antispasmodiques

Les antispasmodiques sont des relaxants de la contraction musculaire, en particulier des cellules musculaires lisses. Ils ont ainsi un effet sur la douleur spasmodique. En médecine bucco-dentaire, ce genre de douleur s'observe dans les coliques salivaires dans les cas de lithiases des glandes salivaires principales, du fait d'une contraction réflexe du conduit salivaire dans l'objectif de faciliter l'élimination de la lithiase.

Le seul antispasmodique d'intérêt en médecine bucco-dentaire est le phloroglucinol de par son action musculotrope sur les cellules musculaires lisses. Il est indiqué dans le tableau V.

Stratégie antalgique selon l'étiologie de la douleur aiguë bucco-dentaire

Compte-tenu des différentes étiologies douloureuses observables en médecine bucco-dentaire, une prescription antalgique uniforme ne prend pas en compte la diversité des mécanismes étiopathogéniques de ces pathologies et se traduit souvent par un effet antalgique partiel voire insuffisant. Il convient de rappeler que le traitement étiologique (pulpotomie, drainage d'abcès...) doit rester la priorité absolue en situation d'urgence, le traitement antalgique ne venant qu'accompagner celui-ci dans l'optique de diminuer au maximum l'inconfort post-opératoire.

Les douleurs dento-alvéolaires répondront généralement bien aux antalgiques classiques ou aux AINS, en gardant à l'esprit qu'il est préférable d'éviter ces derniers en contexte infectieux. Ainsi, les AINS au-

Dénomination Commune Internationale	Nom commercial	Posologie	Dose maximale	Effets indésirables notoires
Ibuprofène *	ADVIL®, NUROFEN®...	400 mg 3 fois par jour en espaçant les prises de 6 heures	1200 mg par 24 heures	Troubles digestifs ++ (nausées, vomissements, ulcères, gastrites...)
Kétoprofène	PROFENID®, BIPROFENID®....	100 à 200 mg par jour en 1 à 3 prises	200 mg par 24 heures	
Diclofénac	VOLTARENE®	50 mg 3 fois par jour pendant 7 jours maximum	150 mg par 24 heures	
Naproxène *	APRANAX®	275 à 1100 mg par jour en 1 à 2 prises	1100 mg par 24 heures	Syndromes hémorragiques (gingivorragies, épistaxis...) et troubles digestifs
Acide acétylsalicylique	ASPEGIC®	1 sachet (500 mg) à 2 sachets toutes les 4 heures	3 g par 24 heures	

* AINS présentant une Autorisation de Mise sur le Marché spécifique pour les pathologies bucco-dentaires

Tableau II. Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (Références : Monographies VIDAL®)

Dénomination Commune Internationale	Nom commercial	Posologie	Dose maximale	Effets indésirables notoires
Lidocaïne	DYNEXAN®, XYLOCAÏNE VISQUEUSE®	0,5g de gel (20 mg de lidocaïne) 4 fois par jour maximum	200 mg de lidocaïne par 24 heures	Toxicité neurologique de la lidocaïne si ingestion majeure
Salicylate de choline + chlorure de cétalkonium	PANSORAL®	1 à 4 applications par jour	4 applications par 24 heures	Irritation liée à la quantité importante d'alcool (39%)

Tableau III. Anesthésiques/analgsésiques topiques (Références : Monographies VIDAL®)

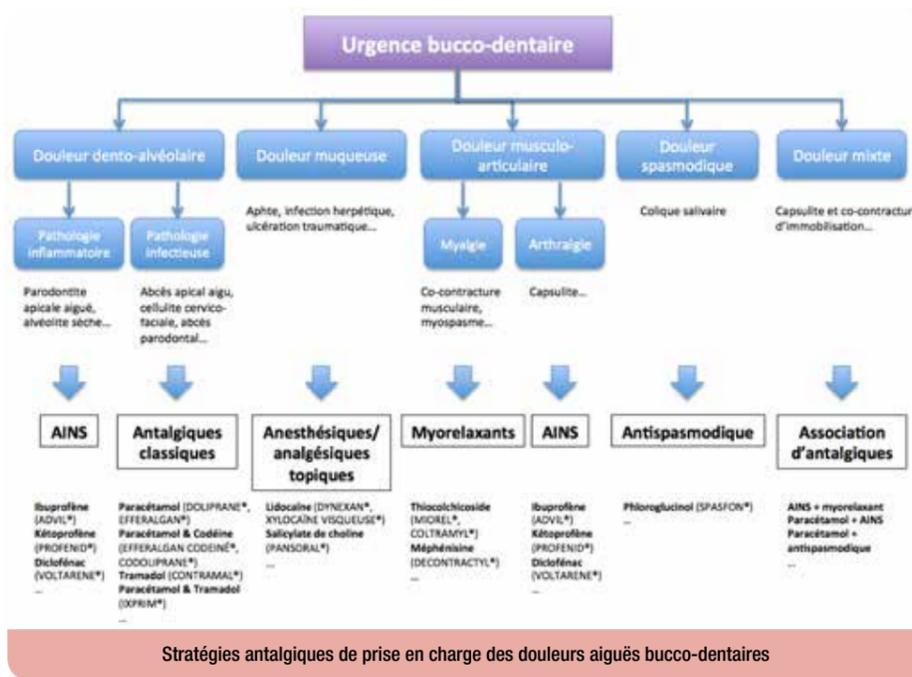
Dénomination Commune Internationale	Nom commercial	Posologie	Dose maximale	Effets indésirables notoires
Thiocolchicoside	MIOREL®, COLTRAMYL®	2 gélules/comprimés (8 mg) toutes les 12 heures pendant 7 jours maximum	16 mg par 24 heures	Potentiel effet pro-convulsivant (rare)
Méphénisine	DECONTRACTYL®	1 à 2 comprimés 3 fois par jour	6 comprimés par 24 heures	Somnolence, nausées/vomissements (rare)

Tableau IV. Myorelaxants (Références : Monographies VIDAL®)

Dénomination Commune Internationale	Nom commercial	Posologie	Dose maximale	Effets indésirables notoires
Phloroglucinol + triméthylphloroglucinol	SPASFON®	6 comprimés par jour	6 comprimés par 24 heures	Manifestations cutanéomuqueuses (éruption, urticaire...)

Tableau V. Antispasmodiques (Références : Monographies VIDAL®)

ront toute leur place dans le cas de pathologies inflammatoires (alvéolite, parodontite apicale aiguë...) alors que les antalgiques classiques seront préférés dans le traitement antalgique d'abcès apicaux aigus ou de cellulites cervico-faciales, en adaptant la molécule selon l'intensité de la douleur du patient (les infections bucco-dentaires étant généralement très douloureuses, en particulier les cellulites cervico-faciales). A l'inverse, les douleurs muqueuses sont généralement moins bien soulagées par des antalgiques simples, en particulier en cas d'infection herpétique et il est alors préférable d'avoir recours à des traitements topiques (anesthésiques de contact, pansements buccaux) qui, outre l'effet local de la molécule, jouent également un rôle de barrière au niveau de la muqueuse exposée. Les douleurs musculo-articulaires, bien que plus rares, peuvent être extrêmement invalidantes. La contracture musculaire pourra être traitée par des myorelaxants alors que la composante inflammatoire, qu'elle soit musculaire ou articulaire, répondra bien aux AINS. Dans le cas spécifique d'une colique salivaire, résultant le plus souvent d'une lithiase obstruant le conduit excréteur de la glande, la douleur résultante pourra être gérée par un traitement antispasmodique, complété si nécessaire d'un traitement par antalgique classique. Pour finir, dans certains cas, plusieurs composantes douloureuses pourront être observées de façon concomitante (« douleurs mixtes ») nécessitant une prise en charge simultanée de ces différentes composantes. A titre d'exemple, une contracture musculaire douloureuse du masséter droit chez un patient ayant une capsulite de l'ATM droite pourra motiver une association antalgique AINS + myorelaxant pour apporter un soulagement rapide et efficace du tableau douloureux.



ment antispasmodique, complété si nécessaire d'un traitement par antalgique classique. Pour finir, dans certains cas, plusieurs composantes douloureuses pourront être observées de façon concomitante (« douleurs mixtes ») nécessitant une prise en charge simultanée de ces différentes composantes. A titre d'exemple, une contracture musculaire douloureuse du masséter droit chez un patient ayant une capsulite de l'ATM droite pourra motiver une association antalgique AINS + myorelaxant pour apporter un soulagement rapide et efficace du tableau douloureux.

Les différentes stratégies antalgiques en situation de douleur aiguë bucco-dentaire sont résumées dans la figure ci-contre.

Conclusion

La cavité buccale peut être le siège de nombreuses pathologies bucco-dentaires responsables de douleurs aiguës pouvant motiver une consultation en urgence. La prise en charge de ces douleurs est un impératif éthique, légal et technique, facilitant la suite du traitement bucco-dentaire post-urgence. En analysant de façon rigoureuse les mécanismes étiopathogéniques de ces douleurs aiguës, le chirurgien-dentiste pourra adapter son traitement antalgique au contexte clinique spécifique, avec pour finalité une meilleure prise en charge de la douleur du patient.

Remerciements au Pr Yves BOUCHER pour son avis et sa lecture critique de cet article.

Références bibliographiques :

1. Abdalla-Aslan, Benoliel R, Sharav Y, Czerninski R. Characterization of pain originating from oral mucosal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016;121(3):255-61.
2. Barden J, Edwards JE, McQuay HJ, et al. Relative efficacy of oral analgesics after third molar extraction. *Br Dent J* 2004;197(7):407-411.
3. Bennani-Baiti AA, Benbouzid A, Essakalli-Hossyni L. Cervicofacial cellulitis: The impact of non-steroidal anti-inflammatory drugs. A study of 70 cases. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2015;132(4):181-4.
4. Dallel R, Villanueva L, Woda A, Voisin D. Neurobiologie de la douleur trigéminal. *Med Sci (Paris)* 2003;19(5):567-574.
5. Eter EG, Khazzaka A, Mneimneh W, et al. Does diclofenac increase the risk of cervical necrotizing fasciitis in a rat model? *Int J Exp Pathol* 2009;90(1):58-65.
6. Hersh EV, Kane WT, O'Neil MG, Kenna GA, Katz NP, Golubic S, Moore PA. Prescribing recommendations for the treatment of acute pain in dentistry. *Compend Contin Educ* 2011;32(3):22,24-30.
7. Lepelletier D, Pinaud V, Le Conte P, et al. Is there an association between prior anti-inflammatory drug exposure and occurrence of peritonsillar abscess (PTA)? A national multicenter prospective case-control study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016 [Epub ahead of print]
8. Moore PA & Hersh EV. Combining ibuprofen and acetaminophen for acute pain management after third-molar extractions: translating clinical research to dental practice. *J Am Dent Assoc* 2013;144(8):898-908.
9. Ong CK, Seymour RA, Lirk P, Merry AF. Combining paracetamol (acetaminophen) with nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a qualitative systematic review of analgesic efficacy for acute postoperative pain. *Anesth Analg* 2010;110(4):1170-1179.
10. Pionchon P, Melin C. La prise en charge des douleurs oro-faciales en France : vers une démarche intégrée. *Actualités Odonto-Stomatologiques* 2011;256:377-387.
11. Rapport DRESS 2007. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. 01/11/2007 [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er607.pdf]
12. Rapport ANSM du 30 avril 2013. Commission de suivi du rapport bénéfice/risque des produits de santé. Compte-rendu de la séance n°2 du 30 avril 2013. [http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c56b0ee1beb1fcbfca2f1ae799ef24fe.pdf]
13. Robin O, Fribourg-Chelle I, Bois D. La douleur, premier motif de consultation en odonto-stomatologie. *Douleur et Analgésie* 1996;2:33-38.
14. Van Dyke T, Litkowski LJ, Kiersch TA, et al. Combination oxycodone 5 mg/ibuprofen 400 mg for the treatment of postoperative pain: a double-blind, placebo- and active-controlled parallel-group study. *Clin Ther* 2004;26(12):2003-2014.

VistaScan Mini

La Référence, une gamme complète

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE



VistaScan Mini Easy



VistaScan Mini Plus



VistaScan Mini View



*Offres Automne valables du 01.10.2016 au 31.12.2016 inclus, veuillez consulter votre dépôt dentaire.

VistaScan Mini : La référence avec la plus haute définition du marché jusqu'à 22 pl/mm en résolution réelle. • Connexion PC via USB/RJ45. • Diagnostics rapides et sûrs à partir de 6 secondes. • Plus de 5000 installations en France. [Plus d'informations sur www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com)



Dispositif Médical de classe I. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.