

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2015

N° 48

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

par

MARTINAGE Anne-Cécile

née le 11 novembre 1988 à GRASSE

**DOULEURS ET URGENCES EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE : PRISE EN
CHARGE EN SERVICE HOSPITALIER D'URGENCES BUCCO-DENTAIRES**

Président : Professeur Anne-Marie MUSSET
Assesseurs : Professeur Florent MEYER
Docteur Sophie BAHY-GROSS
Docteur Damien OFFNER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur C. TADDEI

**Doyens honoraires : Professeur R. FRANK
Professeur M. LEIZE
Professeur Y. HAIKEL**

**Professeurs émérites : Professeur M. LEIZE
Professeur A. FEKI
Professeur H. TENENBAUM**

Responsable des Services Administratifs : Mme F. DITZ

Professeurs des Universités

W. BACON	Orthopédie Dento-Faciale
V. BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
A. BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
F. CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
J-L. DAVIDEAU	Parodontologie
Y. HAIKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M-C. MANIERE	Odontologie Pédiatrique
F. MEYER	Sciences Biologiques
M. MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
A-M. MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
C. TADDEI	Prothèses
B. WALTER	Prothèses

Maîtres de Conférences

S. BAHİ-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
L. BIGEARD	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Y. BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
F. BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
A. BOUKARI	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
O. ETIENNE	Prothèses
F. FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. FREYMANN	Odontologie Conservatrice - Endodontie
C-I. GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
O. HUCK	Parodontologie
R. JOERGER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
S. JUNG	Sciences Biologiques
N. LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
F. OBRY	Odontologie Pédiatrique
R. SERFATY	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. SOELL	Parodontologie
E. WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

N. JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche
Ph. LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
H. LESOT	CNRS / Directeur de Recherche
M-H. METZ-BOUTIGUE	INSERM / Directeur de Recherche
P. SCHAAF	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'Unité
B. SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2015

N° 48

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

par

MARTINAGE Anne-Cécile

née le 11 novembre 1988 à GRASSE

**DOULEURS ET URGENCES EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE : PRISE EN
CHARGE EN SERVICE HOSPITALIER D'URGENCES BUCCO-DENTAIRES**

Président : Professeur Anne-Marie MUSSET
Assesseurs : Professeur Florent MEYER
Docteur Sophie BAHI-GROSS
Docteur Damien OFFNER

Remerciements

A Madame le Professeur Anne-Marie MUSSET, ma directrice de thèse,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et d'avoir dirigé mon travail.

Merci pour votre soutien dans ce projet d'enquête et pour votre implication.

Enfin merci pour vos enseignements à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, et pour votre disponibilité en tant que chef du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaire.

A Monsieur le Professeur Florent MEYER,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Merci pour vos conseils avisés dans l'UF d'Odontologie Conservatrice, et pour m'avoir accompagnée et soutenue lors de la prise en charge de patients difficiles.

Votre sagesse et votre expérience m'ont été très bénéfiques.

A Madame le Docteur Sophie BAH-GROSS,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Merci pour vos enseignements à la Faculté de Chirurgie Dentaire.

Mais surtout un grand merci pour votre présence dans l'UF de Chirurgie, vos conseils y sont toujours très appréciés !

A Monsieur le Docteur Damien OFFNER,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Merci pour les enseignements que vous avez dispensés à la Faculté de Chirurgie Dentaire, mais également pour votre accompagnement, toujours dans la bonne humeur, au CASU. Mais surtout, merci d'avoir veillé à ce qu'un maximum de questionnaires soient remplis !

A mes parents, Marie-Paule et Gilles. Merci maman d'avoir eu le courage et la patience de m'aider dans ce long travail de correction et de relecture. Merci à tous les deux pour votre soutien tout le long de mes études!

A Greg. Merci d'avoir été là et de m'avoir aidée à surmonter les crises de stress et les paniques informatiques. Tu es là depuis le début, et maintenant le meilleur est à venir...

A toute ma famille et mes amis, Anne-Laure(s), Paul, Apy et Amy, Claude, Anne, Flo, ceux qui habitent à proximité... et ceux qui sont beaucoup plus loin. Merci d'être là.

A toute l'équipe des Drs Nowicki et Marescaux. Merci de m'avoir supportée une année en stage chez vous, et d'avoir autant contribué à ma formation ! Et un grand merci pour m'avoir transmis cette philosophie de soins qui me correspond tant.

A Christine et Carole. Merci pour ces longues discussions enrichissantes à propos de cette enquête.

A Alicia, Marion, Clémence, Julie, Laurianne, Nicolas(s), Franck, Baptiste, Vincent(s),... et tous les autres. Merci d'avoir rempli un maximum de questionnaires au CASU, sans vous, rien n'aurait pu voir le jour. Et Alicia, merci du fond du cœur pour tes petits mots d'encouragement !

Aux assistantes dentaires du CASU. Merci d'avoir permis de faire avancer cette enquête et merci pour votre bonne humeur constante.

A Isabelle. Tu as été le rayon de soleil des dernières semaines.

A toutes les personnes rencontrées à la fac, et à ceux qui ont formé le petit orchestre de la cave. Merci pour tous les fous rires !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	9
I. LA DOULEUR	11
A. DEFINITIONS	11
1. COMPOSANTES DE LA DOULEUR	12
2. CRITERES DE CLASSIFICATION DE LA DOULEUR	12
B. PHYSIOPATHOLOGIE ET SPECIFICITE DE LA DOULEUR ORO-FACIALE	14
1. ANATOMIE DE L'INNERVATION DENTAIRE	14
2. MECANISMES DE LA DOULEUR DENTAIRE	15
3. CLASSIFICATION DE LA DOULEUR ORO-FACIALE	15
C. DEMARCHE D'EVALUATION	17
D. ANXIETE ET DOULEUR ORO-FACIALE	18
1. LA PEUR	18
2. L'ANXIETE	18
3. L'ANGOISSE	18
4. LA PHOBIE	18
II. CATEGORIES D'URGENCES ET TECHNIQUES DE PRISE EN CHARGE	20
A. CATEGORIES D'URGENCES AU CABINET DENTAIRE	20
1. ATTEINTE PULPAIRE	20
2. ATTEINTE DES TISSUS PARODONTAUX	21
3. ALVEOLITE	22
4. ATTEINTE INFECTIEUSE LOCOREGIONALE	23
5. ATTEINTE DES MUQUEUSES	23
6. LITHIASE SOUS MANDIBULAIRE	24
7. SINUSITE MAXILLAIRE	24
8. TRAUMATISMES DES DENTS PERMANENTES	24
9. LUXATION MANDIBULAIRE	27
10. URGENCE PROTHETIQUE	27
11. URGENCE HEMORRAGIQUE	27
B. MOYENS THERAPEUTIQUES	27
1. GESTES THERAPEUTIQUES	27
2. ANESTHESIE	31
3. PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	32
III. ENQUETE A L'UNITE FONCTIONNELLE DE CONSULTATIONS D'ACCUEIL SANTE URGENCE DU POLE DE MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE DE STRASBOURG	34
A. CONTEXTE ET BUT	34
B. MATERIEL ET METHODE	34
1. POPULATION ETUDIEE	35
2. EVALUATION DE LA DOULEUR	35
3. METHODE	35
4. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	36
C. RESULTATS	36
1. ÂGE ET SEXE DE LA POPULATION	37

2. DIFFICULTES DE COMPREHENSION	39
3. PATHOLOGIES GENERALES	40
4. PRESENCE D'UNE DOULEUR ET MOTIF DE CONSULTATION	40
5. PREMEDIATION EN RAPPORT AVEC L'URGENCE	43
6. COMPORTEMENT DU PATIENT	45
7. INTENSITE DE LA DOULEUR	46
8. PRESCRIPTIONS	50
9. AUTOUR DES GESTES	52
10. À LA SORTIE DES URGENCES	57
11. SATISFACTION	59
IV. DISCUSSION	60
CONCLUSION	62
ANNEXES	63
ANNEXE 1 : ECHELLE DE CORAH VISANT A EVALUER L'ANXIETE DES PATIENTS VIS A VIS DES SOINS DENTAIRE	63
ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR MIS EN PLACE DANS L'UF DE CONSULTATIONS D'ACCUEIL SANTE URGENCE	65
TABLE DES ILLUSTRATIONS	68
BIBLIOGRAPHIE	69

Introduction

*« Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents »
Shakespeare*

Les urgences dentaires sont le quotidien du chirurgien-dentiste. Ce sont des situations difficiles à gérer : d'une part parce qu'elles perturbent l'organisation habituelle des rendez-vous, ce qui peut être stressant pour le praticien, d'autre part parce que les douleurs sont souvent source d'anxiété et d'angoisse pour le patient.

L'urgence est définie comme « une situation pathologique habituellement imprévue susceptible de compromettre le pronostic vital ou fonctionnel et qui doit être reconnue et résolue dans les plus brefs délais » (1), cette situation étant dans la majorité des cas accompagnée de douleurs.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la douleur comme une « sensation et émotion désagréables associées à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou présentées en des termes décrivant de telles lésions ». La douleur a un rôle de signal d'alarme, ce qui par extension permet la survie. La dimension paradoxale de la douleur est qu'elle a une fonction d'indicateur mais qu'elle est également une pathologie en soi. Comme la douleur est une entrave à l'état de complet bien-être, sa prise en charge est nécessaire pour recouvrer la santé.

Aujourd'hui en France, la prise en charge de la douleur est un enjeu majeur de Santé Publique. En effet le Code de la Santé Publique (2) fait de cette prise en charge, non seulement un devoir moral, mais une obligation légale de mettre en œuvre les moyens nécessaires au soulagement de la douleur, en tenant compte des données acquises de la science.

Des techniques thérapeutiques efficaces permettent d'optimiser la prise en charge de la douleur. Néanmoins, si le coût de la santé est la première barrière d'accès aux soins, la douleur en est une seconde, bien réelle (3).

En effet de nombreux patients préfèrent l'automédication antalgique plutôt que de consulter un chirurgien-dentiste. Lorsque ce traitement seul n'est plus efficace, le patient sera alors amené à consulter de manière urgente, et il sera alors peut-être trop tard pour conserver la vitalité d'une dent, voire parfois la dent elle-même. Donc, plus le patient attendra avant de consulter par crainte d'avoir mal, et plus les moyens qui devront être mis en œuvre pour le soulager seront source de douleurs et d'anxiété.

Une prévalence élevée (52,20%) de la douleur aiguë, c'est à dire dont l'intensité sur l'Echelle Numérique (EN) à l'admission en Consultations d'Accueil Santé Urgence (CASU) est supérieure ou égale à 7 (4), a été mise en évidence.

La prise en charge de la douleur associée à l'urgence bucco-dentaire est plus aisée qu'en cas d'urgence médicale, où la prise en charge de la détresse vitale prime sur la prise en charge algique. Or il n'existe que peu ou pas de situations d'urgences orales associées à une détresse vitale.

Dans une démarche d'amélioration globale de la prise en charge du patient algique en situation d'urgence, il est nécessaire d'évaluer la réalité de la douleur.

Une enquête a été réalisée dans l'optique de permettre une meilleure connaissance des pratiques de soins mises en œuvre par les opérateurs de l'UF de Consultations d'Accueil Santé Urgence du pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaire de Strasbourg, visant le soulagement de la douleur.

I. La douleur

A. Définitions

L'International Association for the Study of Pain (IASP) décrit en 1979 la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». (5)

La Haute Autorité de Santé (HAS) ajoute que si la douleur est chronique, elle est « susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient » (6).

La douleur est un phénomène complexe. Sa perception est généralement le signal d'alarme d'une agression de l'organisme, qu'elle soit interne ou externe. On peut donc considérer la douleur comme une sensation visant la protection de l'individu. Les conceptions actuelles de la douleur intègrent la nociception, la souffrance, et la qualité de vie du malade.

La nociception est la stimulation normale des voies de la douleur. C'est un processus physiologique mais qui ne reproduit pas totalement les douleurs complexes observées cliniquement.

La souffrance est un état désagréable d'ordre émotionnel et cognitif qui relève du malaise existentiel et psychologique plutôt que d'une sensation corporelle.

On peut évoquer certaines remarques quant à cette définition donnée par l'IASP (7) :

- Elle reconnaît un caractère forcément subjectif à la sensation douloureuse. L'expérience douloureuse engage la totalité du sujet et son système d'intégration modulé par les expériences, l'éducation, la culture, l'état émotionnel, les circonstances d'apparition, etc. Chacun interprète en fonction des expériences passées. Il est donc difficile de différencier la stimulation corporelle de la souffrance psychique car il n'y a pas de frontière nette entre le stimulus et la relation à la sensation.
- La douleur est caractérisée par un aspect désagréable. La prévalence de l'affectif par rapport au désagrément est un élément central de l'expérience douloureuse. Associé avec la sensation nociceptive, cet aspect crée la douleur.
- La définition de l'IASP évite de faire un lien direct entre la douleur et le stimulus, contrairement au concept de « signal d'alarme » décrit par Descartes au XVII^{ème} siècle, dans lequel la douleur informe le système nerveux central d'un dommage tissulaire, ce qui entraîne une réaction de protection de l'organisme. L'intensité de la douleur serait alors proportionnelle à l'importance de la lésion et le traitement serait local afin d'interrompre la transmission de ce signal. Ce concept laisse place aujourd'hui à la découverte d'un type lésionnel qui explique un tableau clinique spécifique : une personne qui exprime une douleur ressentie au niveau physique doit être considérée comme ayant mal même si aucune lésion n'est mise en évidence (8).

La douleur est donc un phénomène neurobiologique et psychosocial complexe, lié à la prise de conscience d'une agression interne ou externe, menaçant l'intégrité de l'organisme.

1. Composantes de la douleur

On peut décrire plusieurs composantes de la douleur (9) (10) (11):

- Une composante physique sensori-discriminative : c'est l'analyse de la qualité, la topographie, l'intensité, la durée, l'étendue du stimulus nociceptif, ainsi que des facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur. Le patient verbalise ces éléments lors de la consultation d'urgence.
- Une composante affective : c'est le processus émotionnel du ressenti désagréable. Ce caractère désagréable du stimulus est à la base du comportement permettant de développer une stratégie d'évitement. Le ressenti du patient peut éventuellement avoir un impact sur sa qualité de vie : en effet en cas d'échec et de chronicisation de la douleur, les affects évoluent vers l'anxiété et la dépression.
- Une composante cognitive : c'est l'ensemble des facteurs qui modulent la perception de la douleur et les réactions comportementales associées. Cette interprétation est tirée de l'expérience douloureuse et des souvenirs du patient : anticipation, mémorisation, attention, distraction.
- Une composante comportementale : ce sont les manifestations verbales ou corporelles qui indiquent la manière dont le patient perçoit la douleur.

2. Critères de classification de la douleur

On définit la douleur en fonction de certains critères (12) :

- Durée dans le temps : on distingue ainsi la douleur aiguë qui est un signal d'alarme immédiat en réponse à un traumatisme ou à une affection, et la douleur chronique qui est résistante aux antalgiques et dont la durée est supérieure à une période allant de 3 à 6 mois.
- Localisation : on différencie la douleur localisée et la douleur généralisée.
- Physio-pathogénie : la douleur peut être neuropathique ou nociceptive.
- Origine : on distingue douleurs somatiques et douleurs viscérales.

a. Douleurs aiguës ou chroniques

Douleurs aiguës

La douleur aiguë fait suite à un traumatisme ou à une affection. C'est un signal d'alarme permettant la protection de l'organisme. Elle est accompagnée de signes végétatifs : sueurs, vasoconstriction, hypertonie, tachycardie, dilatation des pupilles. Les réactions psychiques comme la peur sont de courte durée.

Douleurs chroniques

La douleur chronique n'a pas fonction de protection, ni de relation nette avec un dommage tissulaire. Les signes végétatifs aigus sont absents, mais les signes comportementaux associés sont fortement présents.

La différenciation entre douleur chronique et douleur aiguë

La douleur chronique dure depuis plus de 3 à 6 mois, sans phase de rémission. Elle s'intensifie avec le temps, elle est invalidante au niveau émotionnel, comportemental, social et psychologique, elle se propage à différentes régions du corps, et enfin elle est résistante malgré le traitement de la cause.

Dans notre pratique, les douleurs chroniques ne peuvent souvent être soulagées que par une intervention thérapeutique. Il n'existe pas de critère diagnostique sélectif permettant de différencier la douleur aiguë de la douleur chronique, néanmoins la résistance de la douleur à la thérapie est le signe d'une évolution chronique. Il est donc important de soulager rapidement la douleur aiguë pour éviter qu'elle ne devienne chronique (13).

b. Douleurs nociceptives et douleurs neuropathiques

Douleur nociceptive

La douleur nociceptive est transmise par l'irritation et la stimulation des nocicepteurs. Elle peut être de deux types :

- Douleur physiologique : c'est une douleur aiguë provenant de la stimulation directe du tissu sain, de façon mécanique, chimique, thermique ou électrique.
- Douleur consécutive à un mécanisme physiopathologique : les nocicepteurs sont stimulés et sensibilisés par les médiateurs de l'inflammation.

Douleur neuropathique

Les douleurs neuropathiques peuvent être neurogènes, épisodiques ou continues. Elles peuvent faire suite à une stimulation mécanique, un dommage métabolique, un dommage vital ou des lésions centrales. Des dommages des neurones périphériques ou centraux du système nociceptif, ou un dysfonctionnement du système nerveux sympathique peuvent également être en cause dans ce type de douleurs.

Les douleurs nociceptives et neuropathiques proviennent de différents mécanismes initiant la douleur. Ceci nécessite des interventions différenciées du point de vue pharmacologique (12).

c. Douleurs somatiques et douleurs viscérales

La différenciation se fait en tenant compte du point de départ de l'influx nerveux nociceptif. Les douleurs somatiques peuvent être superficielles ou profondes ; leur point de départ se situe au niveau des tissus du corps autres que les tissus intestinaux. Les douleurs viscérales sont, par définition, ressenties comme provenant des organes internes du corps.

La localisation et l'intensité (lancinante, aiguë, brûlante, non irradiante) des douleurs superficielles au niveau de la peau et des muqueuses sont très bien décrites par le patient. En général ces douleurs sont supportables du point de vue émotionnel.

Les douleurs profondes, au niveau des muscles, tendons, articulations, os, tissus conjonctifs... sont déchirantes, sourdes, oppressantes, irradiant les zones à proximité ce qui rend la localisation du point de départ moins précise.

Dans le cas des douleurs somatiques profondes, la localisation indiquée par le patient est bien souvent différente du site source : on appelle cela une douleur hétérotopes. Il faut diriger la thérapie vers ce site source et non sur le site d'expression de la douleur (12).

d. Douleurs localisées et douleurs généralisées

La douleur localisée siège au niveau de la lésion, c'est un phénomène de sensibilisation du système nerveux périphérique. En cas de douleurs persistantes on peut voir apparaître une généralisation de cette douleur au reste du corps (12).

Dans notre pratique de l'art dentaire, le diagnostic et le traitement des douleurs localisées sont plus faciles que ceux des douleurs étendues ou généralisées à plusieurs régions du corps (14). Lors de l'anamnèse dentaire il est donc essentiel de se pencher sur les autres douleurs ressenties par le patient.

B. Physiopathologie et spécificité de la douleur oro-faciale

1. Anatomie de l'innervation dentaire

Le réseau nerveux pulpaire reste immature durant toute la formation de la dent. Ce réseau se stabilise au moment où s'établissent les contacts dentaires inter-arcades. Il est constitué majoritairement de fibres nerveuses en provenance du nerf trijumeau, originaires du ganglion de Gasser, et, dans une moindre mesure, de fibres vasomotrices sympathiques, originaires du ganglion cervical supérieur (15).

Les nerfs maxillaire et mandibulaire, tous deux branches du nerf trijumeau, abandonnent des branches alvéolaires qui se partagent au niveau apical en deux contingents de fibres nerveuses destinées au parodonte d'une part, et à l'endodonte d'autre part (16). Des contingents de fibres nerveuses myéliniques et amyéliniques pénètrent dans la pulpe par le foramen apical principal et les foraminas accessoires (15).

Du point de vue quantitatif la pulpe est un tissu richement innervé. Les fibres nerveuses se rejoignent au centre de la pulpe radulaire pour former de volumineux faisceaux, en parallèle aux vaisseaux sanguins. Ces faisceaux nerveux se divisent dans la pulpe camérale en nerfs cuspidiens qui se ramifient, pour se terminer dans la couche acellulaire de Weil (artefact obtenu au microscope optique et résultant de la rétraction du tissu pulpaire lors de la fixation) en un réseau dense, appelé le plexus nerveux sous odontoblastique (15).

Les fibres nerveuses myéliniques représentent la moitié des fibres nerveuses à l'apex puis perdent progressivement leur gaine de myéline : le plexus nerveux sous odontoblastique est ainsi constitué uniquement de terminaisons nerveuses amyéliniques (15).

Certaines fibres nerveuses se prolongent jusqu'au pôle apical de l'odontoblaste et se continuent dans la pré-dentine, pour former un plexus marginal pré-dentinaire. Quelques fibres pénètrent les tubules dentinaires au moment de l'éruption de la dent avec une prévalence maximale en regard des cornes pulpaires.

Les régions cervicales et radiculaires sont moins innervées, et les dentines inter-radiculaire et tertiaire ne le sont pas.

2. Mécanismes de la douleur dentaire

Les fibres nerveuses amyéliniques de type C sont présentes majoritairement (17): leur seuil d'excitabilité est élevé et leur vitesse de conduction, lente. Elles sont de type chimio et thermosensibles. Ces fibres sont activées au cours de l'inflammation pulpaire, entraînant la libération de neuromédiateurs responsables de l'inflammation neurogène de la pulpe via la substance P qui est vasodilatatrice.

Les fibres de type $A\delta$ sont également impliquées dans la transmission de l'influx nociceptif (17) : leur seuil d'excitabilité est plus bas et leur vitesse de conduction plus élevée. Elles sont à l'origine de douleurs épicritiques, essentiellement dentinaires, déclenchées par le fraisage ou le séchage. La stimulation des fibres se fait par déplacement du fluide intratubulaire.

Des fibres amyéliniques de type $A\beta$, habituellement impliquées dans la transmission des sensibilités tactiles et proprioceptives, ont également été mises en évidence (17). Elles ont un rôle dans la perception des sensations non douloureuses dont l'origine est une stimulation dentaire vibratoire de très faible intensité.

Des fibres nerveuses sensibles sont impliquées dans la sensibilité pulpodentinaire (17). Elles sont activées par des stimuli mécaniques, thermiques, chimiques ou électriques. Cette sensibilité peut résulter de la stimulation directe des terminaisons nerveuses présentes dans les tubulis dentinaires ou pulpaires, ou de la stimulation indirecte faisant suite à une modification de l'environnement.

3. Classification de la douleur oro-faciale

« La classification est un des éléments fondamentaux de la procédure scientifique » (18)

La classification sur laquelle nous nous baserons ici est le recensement des douleurs oro-faciales réalisé par OKESON (12) en 1995. Cette classification est plus vaste que le champ d'action du chirurgien-dentiste : elle concerne les types de douleurs oro-maxillo-faciales les plus rencontrées mais également d'autres algies céphaliques telles que les migraines et les algies vasculaires de la face. Nous nous en tiendrons ici aux douleurs classiquement rencontrées au cabinet dentaire, car la classification d'OKESON est trop détaillée pour une utilisation quotidienne. Cette classification différencie les douleurs nociceptives des douleurs neuropathiques.

a. Douleurs oro-faciales somatiques superficielles

Douleurs mucogingivales

Il s'agit de la principale douleur superficielle rencontrée au cabinet dentaire. De nombreuses causes bien localisées en sont à l'origine. On peut citer par exemple :

stomatite, brûlure de la muqueuse par l'alimentation, consommation de piments, herpès labial, aphtes récidivants chroniques, gingivite desquamante.

b. Douleurs oro-faciales somatiques profondes

Douleurs pulpaires

Il s'agit d'odontalgies régulières dont les causes sont des lésions de l'émail ou de la dentine, ou une pulpite.

OKESON intègre ces douleurs aux douleurs viscérales qu'il considère comme une forme de douleur somatique profonde. En effet les douleurs pulpaires présentent des caractéristiques analogues (12):

- elles sont diffuses ;
- elles associent une douleur d'organe (l'organe dentaire) à une douleur irradiant dans d'autres régions du corps (les dents voisines, voire les tempes, les oreilles, les joues) ;
- elles sont ressenties négativement ;
- elles sont accompagnées de réactions somato-motrices et végétatives.

Or actuellement, en se basant sur les connaissances neurophysiologiques et leur évolution de l'image analogique du tissu osseux, il serait plus judicieux de concevoir la douleur pulpaire comme un sous-groupe de la douleur somatique profonde et non comme une douleur viscérale (19)

Douleurs musculosquelettiques

Il s'agit des douleurs des muscles maxillaires, des douleurs des articulations temporo-mandibulaires, des douleurs d'origine desmodontale et des douleurs osseuses. Selon OKESON, hormis les douleurs osseuses, elles présentent toutes la particularité d'être liées à la fonction masticatoire et leur intensité augmente avec la stimulation.

Les douleurs des muscles maxillaires présentent un caractère sourd, oppressant, lancinant, avec une forte tendance à irradier dans les régions anatomiques voisines : elles sont donc en général relativement mal localisées, ce qui peut entraîner des erreurs de diagnostic. Les principales causes des douleurs des muscles maxillaires sont une sollicitation périphérique trop importante des régions intramusculaires discrètes, et un dysfonctionnement neuronal des récepteurs et neurones au niveau central.

Les douleurs des articulations temporo-mandibulaires peuvent être situées en principe au niveau articulaire, osseux et/ou péri-articulaire. Les points de départ douloureux les plus fréquents sont la membrane synoviale, la capsule articulaire et les ligaments discaux, médiaux et latéraux. Ce sont des douleurs lancinantes, généralement bien localisées, pouvant parfois irradier vers l'oreille, les tempes ou la joue.

La douleur d'origine desmodontale est nettement mieux localisée que la douleur pulpaire. Si les structures voisines (os alvéolaire, gencive) sont également atteintes, on parle d'une douleur parodontale. Les causes possibles de ces douleurs sont : un

traumatisme occlusal, un traitement orthodontique fixe, une parodontite apicale aiguë ou un abcès parodontal latéral.

Enfin les douleurs osseuses (hors articulations temporo-mandibulaires et desmodonte) proviennent, entre autres, d'une alvéolite sèche (douleur post-extractionnelle) ou d'une ostéomyélite.

c. Douleurs oro-faciales neuropathiques épisodiques

On rencontre ces douleurs sous forme de névralgies faciales. Elles sont de type paroxystique et se présentent sous forme d'attaques algiques.

La névralgie faciale la plus fréquente, mais aussi la moins bien diagnostiquée, est la névralgie du nerf trijumeau.

d. Douleurs oro-faciales neuropathiques persistantes

En cas de douleurs neuropathiques persistantes, il faut penser à l'odontalgie atypique (douleur fantôme), à la douleur faciale atypique ou à la brûlure idiopathique buccale.

Les symptômes des odontalgies atypiques font suite à une extraction dentaire, une résection apicale, ou une pulpectomie : ces actions entraînent la section totale ou partielle des neurones afférents primitifs du trijumeau. Il n'est pas rare que des dents soient extraites inutilement en raison d'une méconnaissance de la douleur d'une odontalgie atypique (13). L'odontalgie atypique peut être considérée comme une forme localisée de la douleur faciale atypique.

Ces deux douleurs sont diagnostiquées par élimination.

Les brûlures buccales et linguales idiopathiques (glossodynie; stomatodynie; *burning mouth syndrome*) sont localisées au niveau des lèvres, de la langue, du palais, ou généralisées à l'ensemble de la cavité buccale. Les patients qui en souffrent sont majoritairement des femmes. Les brûlures idiopathiques de la bouche et de la langue doivent être différenciées d'une forme secondaire provoquée par des facteurs locaux (candidose, lichen plan, stomatite par irritation prothétique), neurologiques (lésion du nerf lingual) ou systémiques (carence vitaminique : B₁, B₂, B₆ et/ou B₁₂). Des atteintes neuropathiques seraient à l'origine de ces brûlures. La thérapie n'est envisageable qu'en cas de brûlure secondaire et en connaissance de l'étiologie.

C. Démarche d'évaluation

La douleur peut être évaluée par le patient lui-même (auto-évaluation) ou par l'observation des manifestations cliniques et des réactions du patient (hétéro-évaluation). L'auto-évaluation n'est pertinente que si le patient est en pleine possession de ses capacités verbales, cognitives et sensitives, afin de décrire au mieux l'expérience de la douleur. L'hétéro-évaluation est utilisée en cas d'incapacité à communiquer ou pour les enfants qui n'ont pas acquis toutes leurs capacités (20).

Les échelles d'auto-évaluation sont l'Echelle Verbale Simple (EVS) et l'Echelle Visuelle Analogique (EVA). Selon le Dr DURAND, cette dernière présenterait une meilleure sensibilité,

il serait donc préférable de l'utiliser lorsque l'explication de son fonctionnement est possible (21).

Toujours d'après le Dr DURAND (21), ces échelles d'auto-évaluation présentent certaines limites d'utilisation, telles que :

- Désorientation temporo-spatiale, troubles cognitifs et psychiatriques
- Barrière linguistique
- Mauvaise acuité visuelle
- Mauvaise capacité motrice

D. Anxiété et douleur oro-faciale

On peut définir différents degrés d'anxiété des patients, en rapport avec les soins bucco-dentaires. Ainsi nous devons distinguer la peur de l'anxiété, de l'angoisse et de la phobie afin de pouvoir répondre au mieux aux attentes des patients présentant ces différents troubles.

1. La peur

Selon le dictionnaire Larousse (22), il s'agit d'un « sentiment de forte inquiétude, [...] en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace », le danger étant celui de la douleur induite par les soins dentaires et la menace étant directement, le chirurgien-dentiste.

D'un point de vue médical il s'agirait d'une réaction d'autoprotection normale tant qu'elle n'empêche pas les actions de la vie courante, auquel cas il s'agirait d'une phobie.

2. L'anxiété

Dans le dictionnaire Larousse médical (23) et le dictionnaire Larousse (22), l'anxiété est définie comme un « trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité » et la « sensation paralysante d'un péril imminent et indéterminé » s'accompagnant d'un état d'agitation et de désarroi.

Si l'anxiété est une réaction normale face à une agression, elle peut aussi devenir pathologique : le sujet se trouve alors si profondément conditionné qu'il ne peut plus la contrôler, cette souffrance prend le dessus sur la vie courante.

Le patient anxieux est dans l'attente permanente d'un danger, sans pouvoir en nommer la nature ou l'origine.

3. L'angoisse

L'angoisse est définie dans le dictionnaire Larousse (22) par une « peur intense, née d'un sentiment de menace imminente et accompagnée de symptômes neurovégétatifs caractéristiques ». Médicalement parlant, ces symptômes caractéristiques sont : sensation de resserrement de la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique, accélération de la respiration et du pouls.

4. La phobie

La phobie est définie par le dictionnaire Larousse (22) comme « une peur déraisonnable à l'égard d'objets, de situations ou de personnes, dont le sujet reconnaît le caractère injustifié mais qu'il ne peut surmonter ». Du point de vue médical il s'agirait de l'appréhension

irraisonnée et obsédante survenant dans des circonstances déterminées, propres à chaque patient.

Pour que la peur initiale devienne une phobie, il faut qu'il y ait une obsession. Celle-ci se traduira par un discours et une attitude irrationnelle du patient lors de la consultation.

Le praticien devra faire preuve d'écoute et d'empathie. Il lui faudra développer une approche spécifique et adaptée à chaque patient et à chaque type d'anxiété vis-à-vis des soins dentaires, même si cela doit être chronophage, afin d'obtenir la confiance du patient et de pouvoir planifier les soins nécessaires. La prise en charge de ces patients constitue un véritable problème de santé publique car la prévalence de l'anxiété dans la population générale est importante : les études réalisées montrent que 10 à 20% de la population présente un sentiment d'anxiété (24).

Ces données sont d'autant plus importantes que l'anxiété est en général corrélée à l'état bucco-dentaire du patient. Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande (25) a montré que les patients anxieux ont un plus grand nombre de dents cariées ou perdues, et ce sont eux qui vont le moins souvent chez le dentiste. De même, une étude réalisée au CASU du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaire de Strasbourg (26) a montré que 25% seulement des patients anxieux revenaient à des rendez-vous de soins programmés, soit deux fois moins que les patients qui ne ressentaient pas d'anxiété vis-à-vis des soins. Cette étude a également fait ressortir de l'analyse des orthopantomogrammes de la population sélectionnée, une prévalence plus élevée du nombre de dents délabrées, et surtout du nombre de dents cariées. Le résultat de cette enquête est que l'ignorance des soins et la présence de caries est corrélée à l'anxiété.

II. Catégories d'urgences et techniques de prise en charge

A. Catégories d'urgences au cabinet dentaire

(27)

Seules les urgences les plus fréquemment rencontrées au cabinet dentaire seront traitées.

1. Atteinte pulpaire

La douleur pulpaire fait suite au phénomène d'inflammation pulpaire. Les causes de cette inflammation peuvent être d'origine traumatique, mécanique, chimique, ou infectieuse. La douleur peut évoluer soit de façon aiguë, soit de façon chronique (nécrose pulpaire).

a. Syndrome dentinaire

La douleur ressentie est provoquée mais disparaît à l'arrêt du stimulus (froid, sucre). Cliniquement, on observe une carie initiale ou une récurrence carieuse sous une restauration, et le test de vitalité pulpaire est positif avec une douleur disparaissant à l'arrêt du stimulus.

b. Pulpite réversible

C'est un phénomène d'hyperhémie pulpaire. La douleur ressentie est provoquée et persiste à l'arrêt du stimulus (froid, sucre). Cliniquement, on observe une carie initiale ou une récurrence carieuse sous une restauration, et le test de vitalité pulpaire est positif avec une douleur persistante à l'arrêt du stimulus.

c. Pulpite irréversible

Les douleurs décrites par le patient sont spontanées et pulsatiles. Cliniquement, on observe une carie initiale ou une récurrence carieuse sous une restauration, et le test de vitalité pulpaire est positif et intensément douloureux avec persistance de cette douleur à l'arrêt du stimulus.

Remarque

La nécrose pulpaire et la parodontite apicale chronique ne sont pas considérées comme des urgences, même s'il s'agit d'atteintes pulpaires. Leur découverte est généralement fortuite car la dent est asymptomatique.

d. Parodontite apicale aiguë

Elle est également rencontrée sous le nom de lésion inflammatoire périradiculaire d'origine endodontique (LIPOE). Le patient décrit dans ce cas une douleur spontanée, continue, et exacerbée par le contact occlusal et la mastication. Cliniquement, le test de vitalité pulpaire réalisé est négatif, le test de percussion est douloureux et la palpation vestibulaire est parfois sensible. Un léger épaissement ligamentaire peut être observé sur un cliché radiographique.

Parodontite apicale aiguë abcédée

Egalement appelée LIPOE abcédée, la douleur ressentie par le patient est continue et très intense. Tout contact occlusal est insupportable et le patient présente en général une tuméfaction. Cliniquement, le test de vitalité pulpaire est négatif, le test de percussion est intensément douloureux et la palpation vestibulaire également. Une image radioclaire à l'apex de la dent est observable sur un cliché radiographique.

2. Atteinte des tissus parodontaux

a. Syndrome du septum

Ce syndrome est également rencontré sous le terme de parodontite marginale interproximale. La douleur ressentie est importante, pouvant parfois même faire penser à une LIPOE aiguë, et survenant majoritairement après les repas. Cliniquement, le test de percussion est sensible sur deux dents adjacentes, mais avec une sensibilité accrue lors de la percussion transversale par rapport à la percussion axiale. Sur ces deux mêmes dents, le test de vitalité est positif. On observe la déficience du point de contact interdentaire, ainsi qu'un tassement alimentaire à ce niveau, la papille est hémorragique au sondage. Sur un cliché radiographique on pourra parfois observer une lyse osseuse horizontale.

b. Desmodontite

La desmodontite se reconnaît par une douleur à la mastication et à la pression, et par une sensation de dents longues. Cliniquement, le test de vitalité est positif (ou négatif si la dent a été dévitalisée) et le test de percussion douloureux. La desmodontite est souvent induite par les soins : suroclusion d'une restauration, douleur post-opératoire d'un traitement endodontique, ou suite d'une anesthésie locale intra-ligamentaire. Hormis la suroclusion qui doit être réglée par le praticien, les douleurs disparaissent spontanément en quelques jours.

c. Péricoronarite aiguë

Le patient consulte pour une douleur spontanée irradiante. Cliniquement, la muqueuse rétromolaire est rouge et oedématiée, et la palpation de la zone est douloureuse. On observe radiologiquement l'éruption de la dent de sagesse.

Péricoronarite aiguë d'origine infectieuse

Le patient décrit une douleur spontanée très intense, associée à une otalgie. Cliniquement, la muqueuse rétromolaire est rouge et oedématiée, la palpation de la zone est très douloureuse et laisse parfois apparaître un liquide purulent. Le patient présente également un trismus, et la palpation montre une adénopathie régionale douloureuse. Sur le cliché radiographique on observe une image radioclaire autour de la couronne de la dent de sagesse.

d. Gingivite

Le patient possède une muqueuse érythémateuse, oedématiée et lisse. La gingivite, en l'absence de traitement, peut évoluer vers la chronicité, entrecoupée de phases aiguës. Un mauvais état et une mauvaise hygiène bucco-dentaire, des malpositions dentaires, le tabac et une respiration buccale, favorisent la présence d'un biofilm responsable de la gingivite. Il existe également des causes générales de la gingivite, comme par exemple des infections bactériennes telles que la tuberculose ou la syphilis, des infections virales (Virus de l'Immunodéficience Humaine, Virus Epstein Barr), des endocrinopathies telles que le diabète ou encore des carences en vitamines.

Gingivite et Parodontite nécrosantes aiguës

Ces deux pathologies sont également connues sous le nom de gingivite et parodontite ulcéronecrotiques.

Cliniquement, les patients atteints de gingivite nécrosante aiguë présentent une décapitation des papilles avec un enduit blanchâtre pseudo-membraneux correspondant à la nécrose de la muqueuse. Ils souffrent également d'une halitose, de saignements et d'ulcérations gingivales, associés à des douleurs vives et spontanées.

La parodontite ulcéronecrotique possède le même tableau clinique auquel il faut ajouter une perte d'attache parodontale et une perte osseuse.

e. Abscessus parodontal

L'abscessus parodontal se présente sous la forme d'une zone d'inflammation localisée au niveau des tissus parodontaux, le plus souvent suite à l'évolution infectieuse aiguë d'une poche parodontale. En phase aiguë, la gencive est hypertrophiée, oedématiée et douloureuse, sa surface est lisse et brillante.

Généralement le test de vitalité sur la dent est positif, sauf en cas d'atteinte endo-parodontale, et la mobilité dentaire axiale et/ou transversale est importante. La pression sur la gencive laisse s'écouler un liquide purulent au collet. Le patient décrit une douleur lancinante et irradiante.

3. Alvéolite

a. Alvéolite sèche

L'alvéole, suite à une extraction dentaire, est cliniquement vide de tout caillot. L'os alvéolaire apparaît blanc et la muqueuse autour est saine. La prévalence de l'alvéolite sèche est de 14 à 35% dans le cas de l'avulsion d'une dent de sagesse incluse, et seulement de 1 à 3% dans le cas d'une avulsion simple.

La douleur décrite par le patient est violente, persistante, irradiante, lancinante, et ne cède pas aux antalgiques même de palier II. La position allongée exacerbe la douleur, le patient ne dort pas ou peu et l'alimentation est difficile.

b. Alvéolite suppurée

L'alvéole, suite à une extraction dentaire, est cliniquement recouverte d'un caillot noirâtre, et laisse s'écouler un liquide purulent. La muqueuse à proximité est tuméfiée, inflammatoire, avec pour le patient la sensation de douleur pulsatile. Des adénopathies ainsi qu'une hyperthermie peuvent être associées à ce tableau clinique.

4. Atteinte infectieuse locorégionale

a. Cellulite séreuse

Le patient se présente avec une tuméfaction importante et une sensation de chaleur diffuse, accompagnées de douleurs spontanées. Cliniquement, le test de vitalité pulpaire est négatif, le test de percussion est très douloureux ainsi que la palpation vestibulaire. Si la dent causale est postérieure, on observe également une ouverture buccale limitée.

b. Cellulite suppurée

La douleur du patient est spontanée et très intense. Il se présente avec une tuméfaction importante et une sensation de chaleur diffuse. Cliniquement, les signes sont les mêmes que pour une cellulite séreuse, auxquels s'ajoute une collection fluctuante.

5. Atteinte des muqueuses

a. Causes prothétiques

Des lésions muqueuses de type érythème ou ulcération peuvent être dues à des bords prothétiques blessants, à une sur-extension, à une mobilité prothétique ou à une mauvaise équilibration. Ces lésions localisées et nettement en rapport avec la prothèse, sont très douloureuses à la palpation.

b. Causes traumatiques

Ulcérations

Les lésions traumatiques sont de deux types :

- Lésion récente avec un fond jaune, à bords nets, et une base inflammatoire, oedématiée et souple.
- Lésion ancienne, à bords épais et base indurée, avec un aspect hyperplasique.

Ces lésions siègent le plus fréquemment au niveau des joues, des lèvres et de la langue.

Morsure

On rencontre de fréquentes morsures post-anesthésiques, en majorité après une anesthésie locorégionale, à cause de l'hypoesthésie des lèvres, de la langue et des joues.

Aphtes

Il s'agit d'une ulcération de la muqueuse buccale, à fond couleur beurre frais, entourée d'un liseré érythémateux. Cette lésion est très douloureuse. Son évolution se fait vers la cicatrisation en quelques jours. Les facteurs favorisants sont le stress, la grossesse, les aliments, etc...

c. Lésions cancéreuses

La lésion la plus fréquente est le carcinome épidermoïde différencié, majoritairement rencontré chez des patients avec des antécédents alcool-tabagiques ou des antécédents de lésions précancéreuses de type lichen, érythroplasie, etc... Une lésion à base indurée ou persistant depuis plus de quinze jours impose la biopsie.

d. Allergies

Les lésions induites par une toxidermie de contact sont à différencier des irritations muqueuses et des stomatodynies. Il faut alors rechercher des causes alimentaires, médicamenteuses, cosmétiques, prothétiques, etc... Le rôle des allergènes utilisés lors de soins au cabinet dentaire est également à prendre en compte : latex, métaux, résines acryliques, etc... Ils peuvent causer un œdème de Quincke ou un choc anaphylactique nécessitant une prise en charge rapide et des gestes thérapeutiques précis.

6. Lithiase sous mandibulaire

La lithiase peut être confondue avec une cellulite du plancher buccal. La palpation de la zone permet d'appréhender le calcul salivaire. Le patient présente une tuméfaction sous-mandibulaire ponctuelle (au moment des repas), à caractère récurrent. Le calcul est objectivé radiologiquement.

7. Sinusite maxillaire

Les sinusites maxillaires unilatérales sont très souvent d'origine dentaire (50 à 75%). Le patient présente des douleurs spontanées au niveau des secteurs prémolo-molaires maxillaires, une rhinorrhée muco-purulente et une sensation de tension de la face, associées à une cacosmie. Cliniquement, la palpation exo-buccale des sinus est douloureuse. Sur un cliché radiographique, une opacité sinusienne partielle ou totale est observée.

8. Traumatismes des dents permanentes

Les traumatismes peuvent être associés à un traumatisme facial et à des lésions cutanéomuqueuses. La gravité d'un traumatisme dentaire et l'urgence de sa prise en charge varient selon l'état de la dent. Tout traumatisme dentaire impose ainsi un diagnostic précis dont dépendra le pronostic de survie de la dent.

Remarque

Nous ne traiterons pas des traumatismes des dents temporaires car l'enquête réalisée a porté sur une population âgée de plus de 15 ans.

a. Concussion

Suite à un choc, la dent est parfois sensible à la percussion. Néanmoins la mobilité et la vitalité de la dent ne sont pas affectées.

b. Subluxation

L'impact peut rompre quelques fibres desmodontales, et aura pour conséquence un œdème et une hémorragie dans le ligament alvéolaire. La dent présente une mobilité anormale dans le sens vestibulo-lingual, associée à des douleurs augmentées par la percussion axiale.

c. Extrusion

La dent est partiellement déplacée hors de son alvéole par un choc oblique, sans fracture de la paroi alvéolaire. Le ligament alvéolaire et le tissu pulpaire sont sévèrement atteints par le choc, la dent est mobile et très douloureuse. Le patient décrit une sensation de dent longue, et son occlusion est perturbée.

d. Intrusion

Suite à un choc axial le plus souvent, la dent est impactée dans son alvéole. Le déplacement apical de la dent est souvent associé à une fracture alvéolaire, auquel s'ajoute une atteinte du plexus apical vasculo-nerveux et du desmodonte, par dilacération du ligament alvéolaire.

e. Expulsion

L'expulsion de la dent hors de son alvéole fait suite à une rupture du ligament alvéolaire. Cliniquement, l'alvéole est déshabillée, des plaies muqueuses sont possibles, le rempart alvéolaire est fracturé.

f. Luxation latérale

Suite à un choc, la dent a subi un déplacement vestibulaire de sa partie apicale, associé à une fracture osseuse et une atteinte du ligament alvéolaire. Cliniquement, la dent est versée, avec la possibilité d'être bloquée dans cette nouvelle position, perturbant ainsi l'occlusion.

g. Fêlure

Lorsqu'une dent est fêlée, elle peut ne pas être symptomatique, tout comme elle peut être légèrement sensible au froid. Cliniquement, de légères craquelures sont observables à la surface de l'émail, objectivées par trans-illumination.

h. Fracture

Fracture coronaire amélaire simple

La dent présente une perte de substance au niveau de l'émail. Cliniquement, le test de vitalité pulpaire est positif et le test de percussion est légèrement douloureux.

Fracture coronaire amélo-dentinaire sans exposition pulpaire

La dent présente une perte de substance au niveau de l'émail et de la dentine coronaire, avec un trait de fracture horizontal ou oblique. Cliniquement, on observe une hyperesthésie dentinaire, avec une douleur, suite à une exposition à des agents thermiques, acides, ou sucrés.

Fracture coronaire avec exposition pulpaire

La perte de substance est la même que pour une fracture coronaire amélo-dentinaire sans exposition pulpaire, mais par contre le trait de fracture transversal ou horizontal intéresse la chambre pulpaire et un point rouge apparaît à ce niveau. Des douleurs au contact, de type pulpite, sont associées à ce tableau clinique.

Fracture corono-radiculaire

Ce traumatisme est dans la majorité des cas compliqué d'une exposition pulpaire. La mobilité du fragment coronaire est douloureuse. La douleur est exacerbée par la pression, la mastication, et les agents thermiques en cas d'exposition pulpaire.

Fracture radiculaire du tiers apical

Seul un cliché radiographique rétro-alvéolaire permet d'optimiser la fracture, car douleurs et mobilité sont légères voire absentes.

Fracture radiculaire du tiers moyen à cervical

La mobilité du fragment cervical est marquée et douloureuse, en particulier à la pression et à la percussion. L'examen radiographique permet de déceler le niveau du trait de fracture, ainsi qu'un éventuel déplacement des fragments dentaires.

Traumatisme alvéolo-dentaire

Une luxation dentaire est fréquemment associée à une fracture alvéolaire, à rechercher en réalisant des clichés radiographiques. Cliniquement, on observe un déplacement des dents intéressées, associé à la présence d'un hématome et à une palpation vestibulaire douloureuse. En regard du trait de fracture, des lésions gingivales sont possibles.

9. Luxation mandibulaire

Ce traumatisme doit être réduit dans les heures qui suivent le blocage, par une manœuvre spécifique.

10. Urgence prothétique

Il peut s'agir d'un élément de prothèse fixée descellé, de la perte d'une dent provisoire, ou de la fracture d'une prothèse amovible.

11. Urgence hémorragique

C'est une urgence vraie, comme dans toutes les disciplines médicales. Le diagnostic est toujours facile à poser, mais l'identification de l'origine peut être difficile et la réalisation d'une hémostase nécessite des gestes précis. Une anamnèse claire des antécédents médicaux doit être réalisée.

Les causes peuvent être chirurgicales (suite à une extraction qui peut être associée à une médication anticoagulante, ou à un non-respect des consignes post-opératoires, par exemple) ou bien être le signe d'une pathologie sous-jacente (gingivorragie spontanée).

B. Moyens thérapeutiques

1. Gestes thérapeutiques

Le geste thérapeutique est le meilleur moyen de prendre en charge la douleur par excès de nociception, comme c'est le cas pour une pulpite, une desmodontite ou une cellulite. Nous allons traiter des différents gestes effectués en fonction de l'étiologie douloureuse.

a. Atteinte pulpaire

Syndrome dentinaire

Le traitement est réalisé sous anesthésie locale. Il consiste en un curetage du tissu carieux et en une reconstitution temporaire ou définitive de la dent.

Pulpite réversible

Le traitement est réalisé sous anesthésie locale. Il s'agit du curetage du tissu carieux associé au coiffage pulpaire direct ou indirect et à une obturation temporaire. L'obturation endodontique définitive se fera ultérieurement, après la disparition des douleurs.

Pulpite irréversible

Le traitement est réalisé sous anesthésie locale. Il consiste en une pulpotomie d'urgence pour les dents pluriradiculées ou une pulpectomie pour les dents monoradiculées. Il s'agit dans les deux cas de l'élimination du tissu carieux, la réalisation de la cavité d'accès et l'élimination de la pulpe camérale permettant la mise en évidence des entrées canalaires. Le parage canalaire n'est réalisé que pour les dents

monoradiculées. Puis les deux techniques se rejoignent à nouveau : l'irrigation canalaire est réalisée avec de l'hypochlorite de sodium, puis l'opérateur place de l'hydroxyde de calcium et une obturation provisoire.

Le patient devra revenir en rendez-vous pour terminer le traitement endodontique.

Parodontite apicale aiguë

Le traitement réalisé en urgence consistera en un parage canalaire et une mise en sous-occlusion de la dent, dans la mesure où une reconstitution de celle-ci est prévue. L'obturation endodontique définitive sera réalisée ultérieurement, lors de la disparition des symptômes douloureux.

En cas de parodontite apicale abcédée, on procédera au drainage de l'abcès, soit par voie transcanalaire, soit par incision si l'abcès est collecté et fluctuant. Si la dent est déjà traitée endodontiquement, avant de prévoir la séance de désobturation, le drainage de l'abcès, s'il est collecté, est réalisé par incision. Dans le cas contraire (abcès en phase séreuse), seule une prescription sera donnée au patient, avant de prévoir le retraitement endodontique dans une séance ultérieure.

b. Atteinte des tissus parodontaux

Syndrome du septum

Le traitement d'urgence consiste en un débridage aux ultrasons de la zone, associé à une irrigation à la Chlorhexidine. Puis le point de contact est reconstitué de manière temporaire ou définitive.

Desmodontite

Si l'étiologie est un traumatisme occlusal, il faut lever cette sur-occlusion.

Gingivite

Après avoir revu avec le patient les méthodes d'hygiène bucco-dentaire, le seul traitement réside en un détartrage associé à l'action de la Chlorhexidine.

En cas de gingivite ulcéro-nécrotique, une détersion des lésions sera réalisée avec de l'eau oxygénée.

Abcès parodontal

L'abcès parodontal doit être drainé en urgence soit par incision, soit par curetage associé à une irrigation à la Chlorhexidine.

c. Alvéolite

Alvéolite sèche

Le traitement d'urgence consiste en un curetage de l'os pour obtenir un caillot sanguin efficace. Malgré l'anesthésie locale, ce geste est douloureux pour le patient.

Alvéolite suppurée

Le traitement consiste en un curetage de l'alvéole sous anesthésie locale, associé à un rinçage par un antiseptique local.

d. Atteinte infectieuse locorégionale

Cellulite séreuse

Lorsque cela est possible, il faut réaliser le parage canalaire de la dent causale, et prévoir le traitement endodontique dans une séance ultérieure, après la disparition de la symptomatologie douloureuse.

Cellulite suppurée

Le traitement d'urgence sera le drainage par incision de la collection fluctuante.

e. Atteinte des muqueuses

Le traitement repose essentiellement sur l'élimination du facteur étiologique.

f. Traumatismes des dents permanentes

Concussion

Si l'occlusion est perturbée, le traitement d'urgence consistera en un réglage des contacts occlusaux.

Subluxation

Si l'occlusion est perturbée, le traitement d'urgence consistera en un réglage des contacts occlusaux. Une contention pourra être nécessaire pour le confort du patient.

Extrusion

Un repositionnement atraumatique de la dent dans son alvéole par pression digitale sera réalisé sans anesthésie.

Intrusion

Si le déplacement est minime, la rééruption naturelle de la dent est possible. S'il est important, la rééruption spontanée n'est pas prévisible et le repositionnement peut être fait par des moyens chirurgicaux ou orthodontiques avant qu'une ankylose ne s'installe.

Expulsion

Le succès de la thérapie dépend de la survie des cellules desmodontales et du laps de temps écoulé entre le traumatisme et la consultation. La dent et l'alvéole seront rincées au sérum physiologique, sans toucher la racine pour éviter d'endommager le desmodonte. Si une fracture alvéolaire est associée, elle doit être réduite. Puis la dent est délicatement replacée dans l'alvéole par pression digitale. Une contention souple pourra être mise en place.

Luxation latérale

Il s'agit avant tout de repositionner la dent, soit avec le doigt, soit avec un davier. Ce repositionnement sera suivi d'une contention.

Fêlure

Si nécessaire un produit de type sealant pourra être apposé au niveau de la fêlure.

Fracture coronaire amélaire simple

En fonction de la quantité de substance perdue, le traitement peut varier du simple polissage, au collage du fragment, en passant par la restauration en composite si le fragment n'est pas retrouvé.

Fracture coronaire amélo-dentinaire sans exposition pulpaire

Le traitement d'urgence sera la mise en place d'une protection pulpaire, puis le collage du fragment dentaire ou la restauration en composite.

Fracture coronaire avec exposition pulpaire

Un coiffage pulpaire direct peut être réalisé si l'exposition et le délai entre le traumatisme et la consultation le permettent. Sinon il faudra procéder à une pulpectomie, avant de réaliser une reconstitution en composite.

Fracture corono-radiculaire

De la possibilité de conserver la vitalité pulpaire dépend le geste thérapeutique. Si la fracture n'expose pas la pulpe, la dent sera restaurée. Dans le cas contraire le traitement endodontique du fragment apical sera réalisé, ou bien le fragment résiduel sera extrait.

Fracture radiculaire du tiers apical

Tout contact occlusal doit être supprimé et le traitement endodontique ne sera envisagé qu'ultérieurement, après avoir suivi pendant un mois la réponse au test de vitalité pulpaire.

Fracture radiculaire du tiers moyen

La fracture est réduite et une contention sera mise en place.

Fracture radiculaire du tiers cervical

Le fragment coronaire est extrait et le fragment résiduel sera soit extrait, soit traité endodontiquement.

g. Urgence hémorragique

Le traitement réside en la mise en place de techniques d'hémostase : compression digitale, suture, mise en place de gouttière de compression, utilisation d'acide tranexamique (Exacyl) sur des compresses.

2. Anesthésie

L'anesthésie est un moyen d'analgésie locale utilisé pour obtenir une diminution des sensations (28). L'agent anesthésique local permet de réduire voire d'éliminer l'excitabilité des terminaisons nerveuses, ou de bloquer les voies de transmission de l'influx douloureux.

L'analgésie est définie comme une perte de sensations douloureuses, non accompagnée d'une perte d'autres sensibilités. L'anesthésie est définie comme une perte de toutes les sensations et peut être accompagnée d'une perte des fonctions motrices.

S'il existe d'autres méthodes telles que l'anesthésie générale et la sédation consciente sous MEOPA, seule l'anesthésie locale est utilisable dans un contexte de prise en charge d'urgence.

Les techniques utilisées (28) sont l'anesthésie locale para-apicale et l'anesthésie locorégionale, qui peuvent être complétées par des techniques d'analgésie intra-ligamentaires, intra-septales, ou encore du nerf lingual.

Les agents anesthésiques locaux empêchent le stimulus nociceptif d'être transmis au système nerveux central (29). Un processus de dépolarisation des cellules nerveuses conditionne la propagation du stimulus de la périphérie vers le système nerveux central où il est alors perçu comme stimulus douloureux. Le mécanisme d'action des anesthésiques locaux est le blocage de ce processus.

Les solutions anesthésiques utilisées sont principalement des aminoacides, dont la lidocaïne, l'articaine et la mépivacaïne. Ces molécules ont des propriétés vasodilatatrices dont les effets indésirables sont réduits par l'adjonction d'un vasoconstricteur à la solution : il s'agit le plus souvent d'adrénaline.

3. Prescription de médicaments

Les antalgiques et les antibiotiques sont les principaux médicaments prescrits par le chirurgien-dentiste dans un contexte d'urgence.

Les antalgiques

L'OMS a établi un classement des antalgiques en 3 paliers correspondant aux douleurs légères, modérées et intenses (30).

Les antalgiques de niveau I sont utilisés en cas de douleurs légères (1 à 3 sur l'Échelle Numérique). Ils n'entraînent pas d'effet psychotrope, pas de baisse de la vigilance, ni de pharmacodépendance. Il s'agit majoritairement, dans notre pratique, d'antalgiques antipyrétiques (Paracétamol) et anti-inflammatoires (anti-inflammatoires non stéroïdiens tel que l'ibuprofène).

Les antalgiques de niveau II sont utilisés soit en seconde intention, soit en cas de douleurs modérées à sévères (4 à 7 sur l'EN), persistantes ou résistantes au traitement de première intention. Il s'agit d'opioïdes faibles comme la codéine et le tramadol. L'action de la codéine combinée à celle du paracétamol est d'une efficacité supérieure.

Les antalgiques de palier III sont des opioïdes forts, dont la morphine est le produit de référence. Ils ne sont utilisés qu'en cas de douleurs très intenses en pratique hospitalière.

Différentes études ont permis d'établir une telle échelle, adaptée à l'odontologie (31). Le classement des produits est fonction de leur puissance antalgique, par ordre croissant : paracétamol, AINS à faible dose, paracétamol associé à un morphinique mineur, et enfin AINS à forte dose. Cependant, l'efficacité d'un même produit varie selon les individus. La sensibilité aux antalgiques dépend de l'âge et de l'état physiologique du patient. En cas d'échec du traitement initial, on pourra changer de molécule et augmenter les doses.

Pour chaque prescription antalgique il conviendra d'informer le patient des risques du surdosage.

Les antibiotiques

Les antibiotiques sont utilisés dans le cadre de pathologies infectieuses bucco-dentaires. Cette prescription ne doit pas se substituer au geste thérapeutique nécessaire.

L'antibiotique prescrit en première intention (sauf en cas d'allergie) est l'amoxicilline, une pénicilline à spectre large de la famille des bêtalactamines. L'amoxicilline peut être associée à l'acide clavulanique en seconde intention.

Des dérivés imidazolés sont également prescrits dans notre pratique, souvent en association avec un macrolide : il s'agit de l'association du métronidazole avec la spiramycine.

Dans notre pratique, la prescription d'un antibiotique sera soit curative, soit préventive (prévention du risque d'endocardite par exemple). L'antibiothérapie curative est majoritaire dans le contexte d'urgence.

a. Atteinte pulpaire

Pulpite irréversible

Le geste thérapeutique peut éventuellement être accompagné de la prescription d'un antalgique de palier I.

Parodontite apicale aiguë

Le geste thérapeutique est associé à la prescription d'un antalgique de palier I. Si la dent est déjà traitée endodontiquement, une antibiothérapie est mise en place avant le retraitement endodontique.

En cas de parodontite apicale abcédée, une antibiothérapie est mise en place ainsi que la prescription d'antalgiques de palier II.

b. Atteinte des tissus parodontaux

Gingivite

Le traitement sera associé à la prescription de bain de bouche.

En cas de gingivite ulcéro-nécrotique, le traitement s'accompagnera d'une prescription antibiotique, antalgique et de bain de bouche.

Abcès parodontal

Le geste thérapeutique sera associé à une prescription antalgique et de bain de bouche.

c. Alvéolite

Le traitement est associé à la prescription d'antalgiques de palier II.

d. Atteinte infectieuse locorégionale

Dans le cas de cellulites, qu'elles soient séreuses ou suppurées, le traitement associé au geste thérapeutique est le même. Il consiste en une prescription d'antibiotiques et d'antalgiques de palier II.

e. Urgence hémorragique

L'hémostase peut être associée à la prescription d'acide tranexamique utilisé en bain de bouche.

III. Enquête à l'Unité Fonctionnelle de Consultations d'Accueil Santé Urgence du pôle de Médecine et Chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg

A. Contexte et but

La prise en charge de la douleur oro-faciale est une préoccupation des acteurs de soins, devenue priorité de santé publique. En effet depuis 1995, le Code de la Santé Publique (article L710.3.1) rend cette prise en charge obligatoire dans les établissements de soins. Que ces structures soient privées ou publiques, le Code la Santé Publique précise qu'elles doivent « mettre en œuvre les moyens appropriés pour prendre en charge la douleur des patients ». Cette notion d'obligation apparaît également dans la Charte du Patient Hospitalisé (article 2) qui mentionne que « la prise en compte de la dimensions douloureuse physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants ».

Notre enquête a été réalisée dans l'Unité Fonctionnelle (UF) de Consultations d'Accueil Santé Urgence (CASU) du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg, afin de décrire la prise en charge de la douleur des patients qui s'y présentent.

Cette UF accueille tous les patients âgés de plus de 15 ans, que le patient soit adressé par son chirurgien-dentiste traitant, son médecin traitant ou qu'il s'agisse d'une consultation spontanée. Tous ces patients sont reçus sans orientation préalable par un service d'accueil, aussi bien pour une urgence dentaire, que pour un bilan.

B. Matériel et méthode

Cette enquête observationnelle et transversale a été menée durant une période de quatre mois (du 01/12/14 au 31/03/15) au CASU.

Les opérateurs (étudiants externes en chirurgie dentaire de cinquième et sixième année) étaient chargés (dans la mesure du possible) de compléter un questionnaire pour chaque patient pris en charge. Ce questionnaire incluait les caractéristiques des patients en respectant leur anonymat, à l'exception du Numéro d'Identification Patient (NIP), qui a permis non seulement de compléter les dossiers insuffisamment renseignés, mais également de suivre le nombre de patients revenus plusieurs fois dans l'UF sur la période de l'enquête. La présence ou non d'une douleur à l'admission, les modalités d'accès à la consultation d'urgence (spontanée ou dirigée par un praticien), la raison ayant motivé la consultation, ainsi que le diagnostic et les moyens thérapeutiques (chimiques et mécaniques) mis en œuvre, y étaient notés. Enfin le questionnaire portait sur les différentes informations liées à la douleur c'est à dire l'évaluation de son intensité à différents moments de la consultation (en début de consultation, après anesthésie si elle a été nécessaire, après le geste thérapeutique s'il a eu lieu, sinon au sortir de la consultation) ainsi que le ressenti du patient quant à la prise en charge de sa douleur.

1. Population étudiée

L'enquête a inclus tous les patients qui se sont présentés en consultation volontaire sans rendez-vous, à l'exclusion des patients âgés de moins de 15 ans car ceux-ci sont directement reçus par l'UF d'Odontologie Pédiatrique du Pôle.

L'absence de douleur au moment de la consultation n'a pas été un critère d'exclusion.

2. Evaluation de la douleur

Dans le cadre de l'enquête, la douleur ressentie par le patient a été évaluée à différents moments de la consultation grâce à l'Echelle Numérique (EN). Celle-ci permet d'obtenir du patient une auto-évaluation quantitative de sa douleur. Cette estimation personnelle de la douleur se fait sur une échelle de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence de douleur et 10 à la douleur la plus intense.

Une EVA avait été mise à disposition (32) au niveau de chaque fauteuil de l'UF afin de faciliter l'auto-évaluation dans les cas où la langue française était mal comprise.

Cette auto-évaluation par le patient a permis de définir si la douleur était absente (0), légère (1 à 3), modérée (3 à 6) ou sévère (6 à 10).

Le soulagement de la douleur est reconnu par une absence de douleur au sortir de la consultation, ou du moins par une diminution de l'intensité de la douleur initiale. Cette diminution de la douleur n'est pas toujours suffisante à satisfaire les attentes du patient en matière de soulagement. En effet selon le Dr DURAND (21) l'objectif de l'analgésie est, entre autres, l'obtention d'un degré de douleur tolérable c'est à dire inférieur à 3 sur l'EVA.

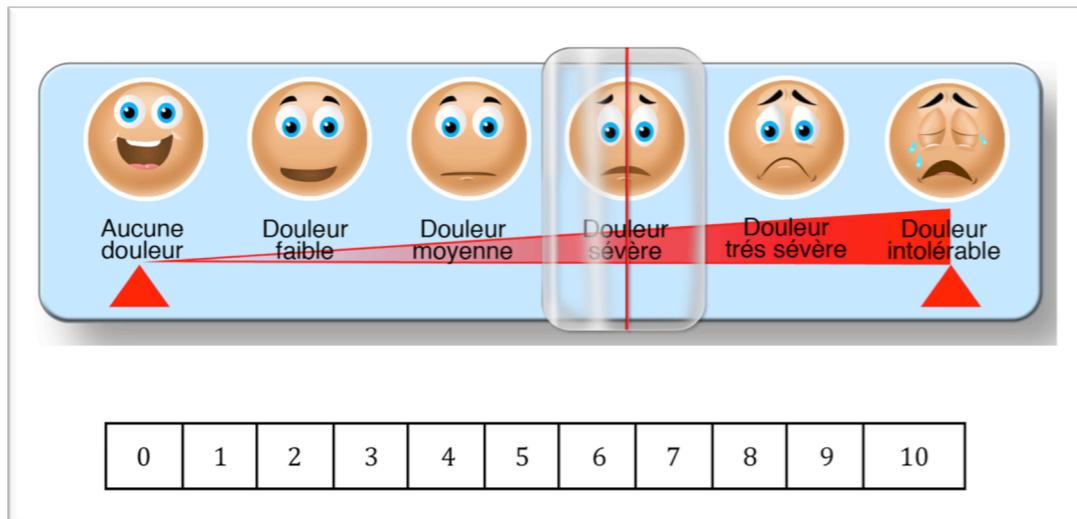


FIGURE 1: ECHELLE NUMERIQUE ET ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE MISES A DISPOSITION

3. Méthode

Un questionnaire anonyme était rempli par l'opérateur pour chaque patient pris en charge.

Ce questionnaire comportait une évaluation de l'intensité de la douleur ressentie par le patient, le recueil des traitements médicaux en rapport avec le motif de l'urgence, le diagnostic de l'urgence ainsi que les gestes thérapeutiques mis en œuvre pour soulager la

douleur et le ressenti du patient en fin de consultation quant à la prise en charge de sa douleur. Il comportait également certains renseignements épidémiologiques concernant le patient.

Les variables renseignées étaient :

- Âge, sexe
- Difficultés de compréhension liées à un handicap ou à la langue parlée
- Pathologies générales
- Motif de l'urgence
- Existence d'une douleur
- Existence d'une consultation préalable pour le même motif auprès d'un autre praticien
- Prise d'un traitement en rapport avec l'urgence
- Diagnostic et geste thérapeutique envisagé
- Evaluation de l'intensité de la douleur avant le geste, après l'anesthésie si elle a lieu, et après le geste
- Evaluation du comportement du patient
- Eventuelle réalisation d'une anesthésie – technique et quantité de produit utilisé
- Eventuelles difficultés rencontrées
- Satisfaction du patient concernant le soulagement de la douleur
- Eventuelles prescriptions médicamenteuses
- Suivi du patient après la consultation
- Remarques libres

4. Analyse statistique des données

Une analyse descriptive des données a été réalisée, à l'aide du logiciel EXCEL, sur la population globale de l'enquête. Les statistiques descriptives seront présentées sous forme de moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives et d'effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives.

C. Résultats

L'enquête menée pendant quatre mois a permis de recueillir 500 fiches signalétiques sur un total de 2956 patients reçus en consultation. Elle a donc concerné 17% de la population globale du CASU.

Certaines fiches étaient incomplètes, ce qui ne nous a pas permis d'en exploiter tous les paramètres. Cependant, certains questionnaires insuffisamment renseignés ont pu être complétés grâce à la consultation du dossier du patient aux archives du centre de soins, lorsque le Numéro d'Identification du Patient était indiqué.

Il n'existe que peu ou pas d'études concernant la prise en charge de la douleur en services d'urgences bucco-dentaires, les résultats de l'enquête menée seront donc comparés à ceux obtenus en service d'urgences générales, lorsque cela sera pertinent.

L'enquête a concerné 500 patients (52,22% d'hommes, âge médian 36,73 ans). A l'arrivée en consultation, 86% des patients se plaignaient d'une douleur et 39,23% d'entre eux

suivaient déjà un traitement médicamenteux, qu'il soit antalgique ou antibiotique, prescrit ou non. Pour les patients se plaignant d'une douleur, 42,12% ont bénéficié d'un geste thérapeutique (dont 50,68% ont bénéficié d'une prescription associée) et 58,49% sont partis du service avec une prescription médicamenteuse, qu'elle soit antalgique ou antibiotique, voire les deux types de médicaments associés.

Au sein de l'UF de Consultations d'Accueil Santé Urgence, avant la mise en place du questionnaire de prise en charge, l'intensité de la douleur initiale puis celle à la sortie du patient n'était pas systématiquement recueillie. Ceci ne permettait donc pas de juger objectivement du soulagement ressenti par le patient.

A la sortie de la consultation, sur 361 fiches pour lesquelles l'intensité de la douleur en début et fin de soin est renseignée, on peut observer une diminution de l'intensité de la douleur initiale pour 72,57% des patients. Il est à noter que 79,95% des patients algiques se disent satisfaits à très satisfaits de la prise en charge de leur douleur.

La douleur est un motif majeur de consultation au sein de l'UF de Consultations d'Accueil Santé Urgence du pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaire de Strasbourg, et sa prise en charge est satisfaisante pour la majorité des patients. Néanmoins, il existe certaines situations où des difficultés techniques limitent le soulagement de la douleur ressentie par le patient.

TABLEAU : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ET MODALITES D'ACCES A L'UF DE CONSULTATIONS D'ACCUEIL SANTE URGENCE

Genre, <i>n</i> (%)	Masculin	259 (52,22)
	Féminin	237 (47,78)
Âge, (<i>ans</i>)	Moyenne ± écart type (extrêmes)	36,73 ± 15,70 (15 - 92)
Capacité communication	Langue étrangère, <i>n</i> (%)	68 (13,74)
	Handicap, <i>n</i> (%)	3 (0,61)
Provenance du patient	Consultation spontanée, <i>n</i> (%)	364 (74,74)
	Adressé par le chirurgien-dentiste, <i>n</i> (%)	37 (7,60)
	Adressé par le médecin ou les urgences médicales, <i>n</i> (%)	20 (4,10)
Motif de recours aux urgences	Douleur, <i>n</i> (%)	424 (86)
	Avis, <i>n</i> (%)	13 (2,64)
	Bilan dentaire, <i>n</i> (%)	13 (2,64)
	Suivi d'urgence, <i>n</i> (%)	9 (1,83)

FIGURE 2: TABLEAU RECENSANT LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ET MODALITES D'ACCES A L'UF CASU

1. Âge et sexe de la population

Nous disposons de N = 496 fiches pour lesquelles les variables âge et sexe sont renseignées.

La population est répartie en 237 femmes (47,78%) et 259 hommes (52,22%), une très légère majorité d'hommes se sont donc présentés en consultation.

Distribution de la population selon le sexe

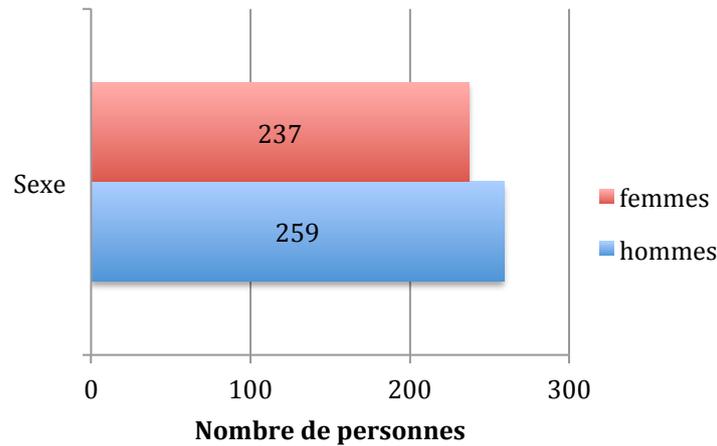


FIGURE 3: DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE SEXE

La moyenne d'âge était de 36,73 (15,70) ans avec un âge minimum de 15 ans et un âge maximum de 92 ans. Si on s'intéresse à la moyenne d'âge en fonction du sexe, elle est de 36,73 ans pour les femmes et 36,74 ans pour les hommes. La comparaison de l'âge moyen ne montre aucune différence significative entre les hommes et les femmes. On peut en déduire que la population étudiée est tout à fait homogène.

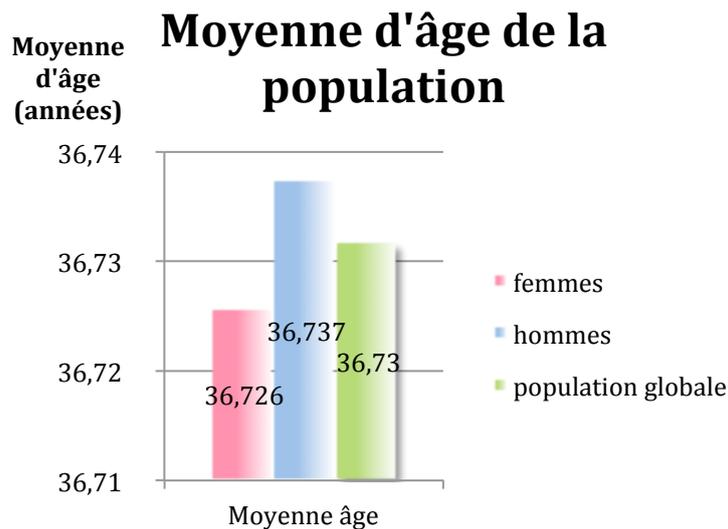


FIGURE 4: MOYENNE D'ÂGE DE LA POPULATION

La répartition de la population a été également comptabilisée en fonction des classes d'âge de l'OMS : on remarque une plus forte affluence chez les personnes âgées de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans.

Répartition de la population en fonction des classes d'âges

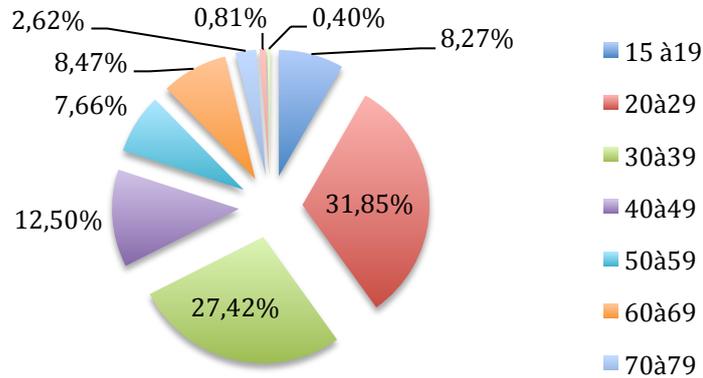


FIGURE 5: DISTRIBUTION DE LA POPULATION EN FONCTION DES CLASSES D'ÂGE

Au niveau de ces mêmes classes d'âge nous avons comparé le nombre d'hommes et de femmes. La répartition est sensiblement équivalente sauf pour les patients âgés de 40 à 49 ans, 70 à 79 ans et 80 à 89 ans, les femmes n'étant majoritaires que dans cette dernière classe d'âge.

Répartition en fonction du sexe pour chaque classe d'âge

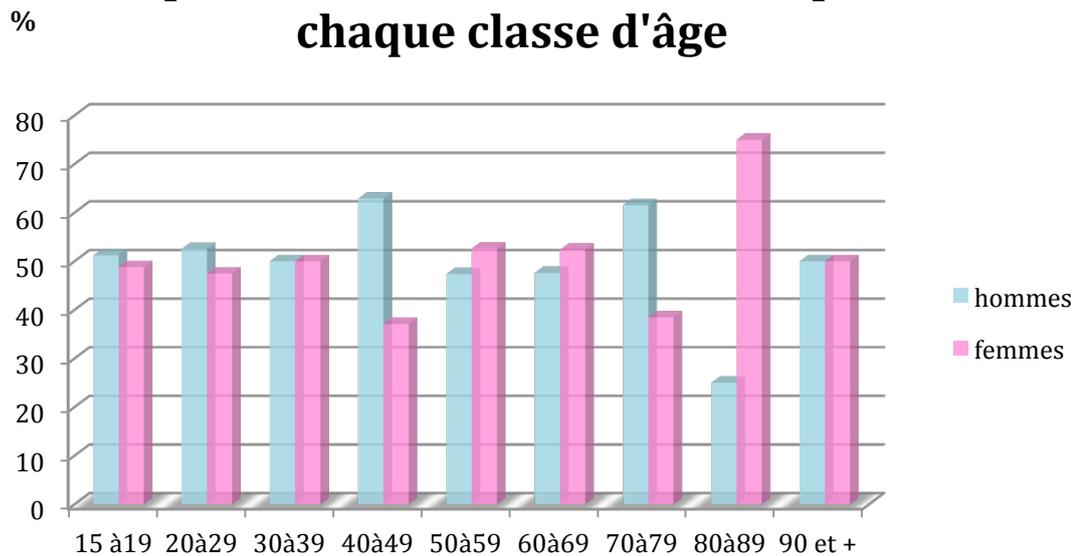


FIGURE 6: REPARTITION SELON LE SEXE AU SEIN DE CHAQUE CLASSE D'ÂGE

2. Difficultés de compréhension

Certains patients ont pu présenter des difficultés à répondre au questionnaire en particulier à cause de handicaps ou de problèmes linguistiques.

Au niveau de la population étudiée nous avons constaté que 0,61% des patients étaient en situation de handicap entraînant des difficultés de compréhension, et 13,74% des patients avaient des difficultés de compréhension liées à la langue.

3. Pathologies générales

Dans la population étudiée, 18,99% des patients présentaient des pathologies générales, mais ne nécessitant pas forcément de prise en charge hospitalière.

4. Présence d'une douleur et motif de consultation

Sur 493 patients, 86% se sont présentés en ressentant une douleur. On peut donc constater que la douleur est le motif principal de consultation. L'intervalle entre l'apparition de la douleur et le moment où le patient se présente en consultation n'a pas été évalué.

Les patients qui se sont présentés en consultation d'urgence sans présenter de douleur ont consulté pour un bilan dentaire (2,64%), pour un avis (2,64%), pour un suivi d'urgence (1,83%) ou pour une autre raison (6,90%) comme un rescellement de prothèse fixée, ou un pansement provisoire à reprendre.

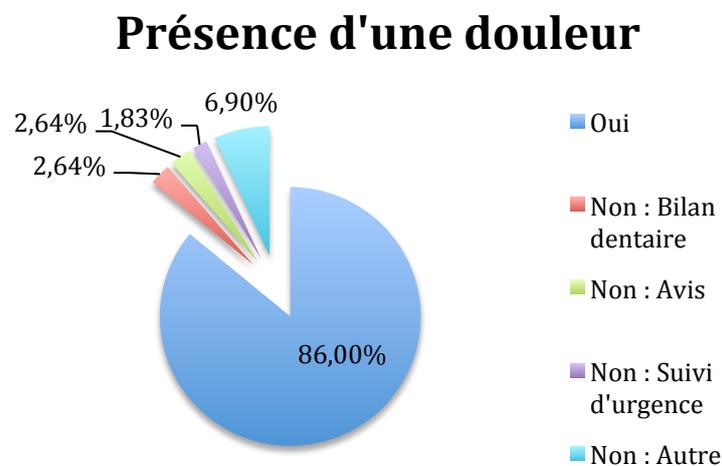


FIGURE 7: PROPORTION DE PATIENTS SE PRESENTANT EN CONSULTATION AVEC UNE DOULEUR

Si l'on considère ce qui amène le patient à consulter, sur 492 patients on dénombre 151 nouveaux patients (30,69%) c'est à dire des patients qui ne sont pas suivis par un praticien en ville ou bien dont le praticien ne peut pas les recevoir en urgence pour cause de congés ou par manque de temps. On compte également 323 patients (65,65%) déjà venus au Centre de Soins et qui présentent une urgence.

Sur la période de l'enquête, seuls 8 patients (1,63%) sont venus d'un Centre de Rétention (CR) ou de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), et 10 patients (2,03%) sont venus pour un bilan ou un avis.

Répartition des motifs de consultation sans rendez-vous

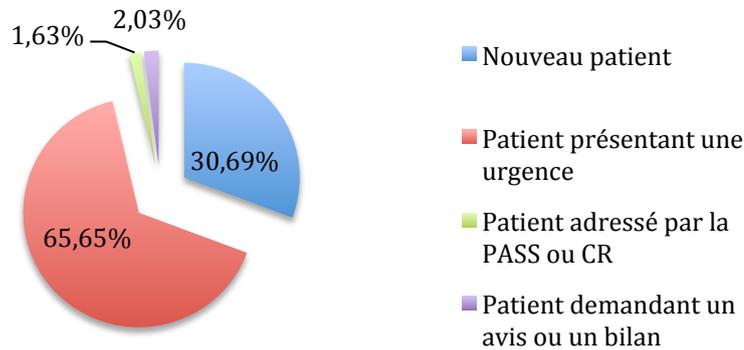


FIGURE 8: REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION

Parmi la population étudiée, sur 487 patients, 364(74,74%) sont venus spontanément et 123(25,26%) ont été adressés ou ont consulté au préalable pour le même motif. Si l'on considère uniquement ces derniers, 30,08% des patients ont consulté leur chirurgien-dentiste traitant au préalable ou bien celui-ci a adressé le patient directement. Ceci peut se produire soit lorsque le praticien n'a pas pu recevoir son patient en urgence, soit en cas de difficultés rencontrées lors du geste thérapeutique ou bien s'il y a besoin d'un avis complémentaire, comme par exemple en cas de lésions buccales.

Toujours en tenant compte uniquement des patients qui ne sont pas venus spontanément, 8,13% ont consulté au préalable ou bien ont été adressés par le médecin généraliste, et la même proportion de patients a consulté les urgences médicales. L'enquête a fait ressortir qu'un seul patient est venu sur avis de sa famille ou d'un ami, de même qu'un seul patient a été adressé par la PASS. Enfin aucun patient ne serait venu, adressé par l'infirmière du CR.

Patient adressé ou ayant consulté au préalable

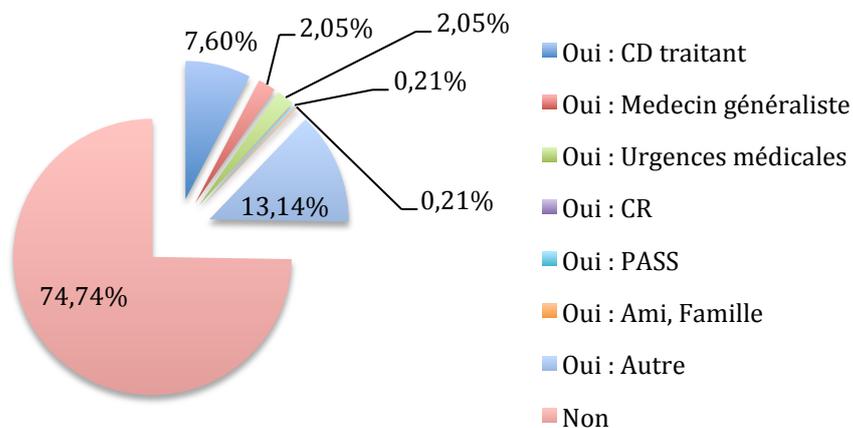


FIGURE 9: MODALITES D'ACCES A LA CONSULTATION

En ce qui concerne le diagnostic de l'urgence, il s'agit majoritairement de patients présentant une atteinte pulpaire aiguë de type pulpite irréversible (25,28%) et de patients consultant pour une manifestation infectieuse aiguë de type parodontite apicale aiguë (13,67%).

De façon plus générale si l'on prend en compte les grandes catégories d'urgences, les patients qui viennent en consultation d'urgence présentent en majorité soit un problème infectieux touchant les tissus parodontaux (38%) de type parodontite apicale, soit un abcès parodontal, une desmodontite infectieuse, une cellulite, une péricoronarite, une gingivite ou encore une alvéolite.

Répartition par catégories d'urgences

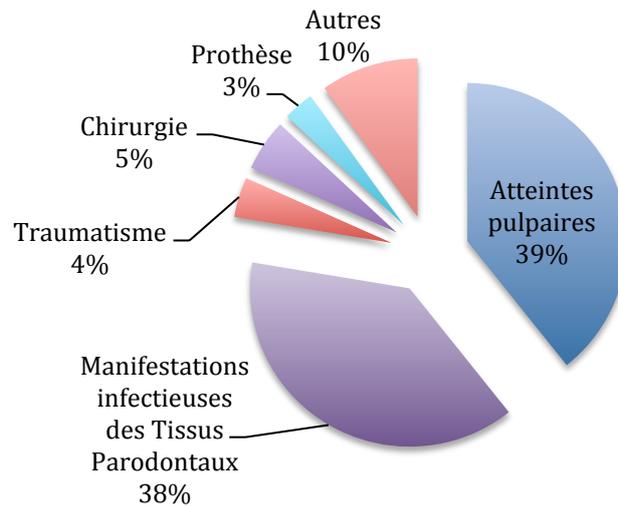


FIGURE 10: REPARTITION PAR CATEGORIES D'URGENCES

Diagnostiques et Motifs de consultation

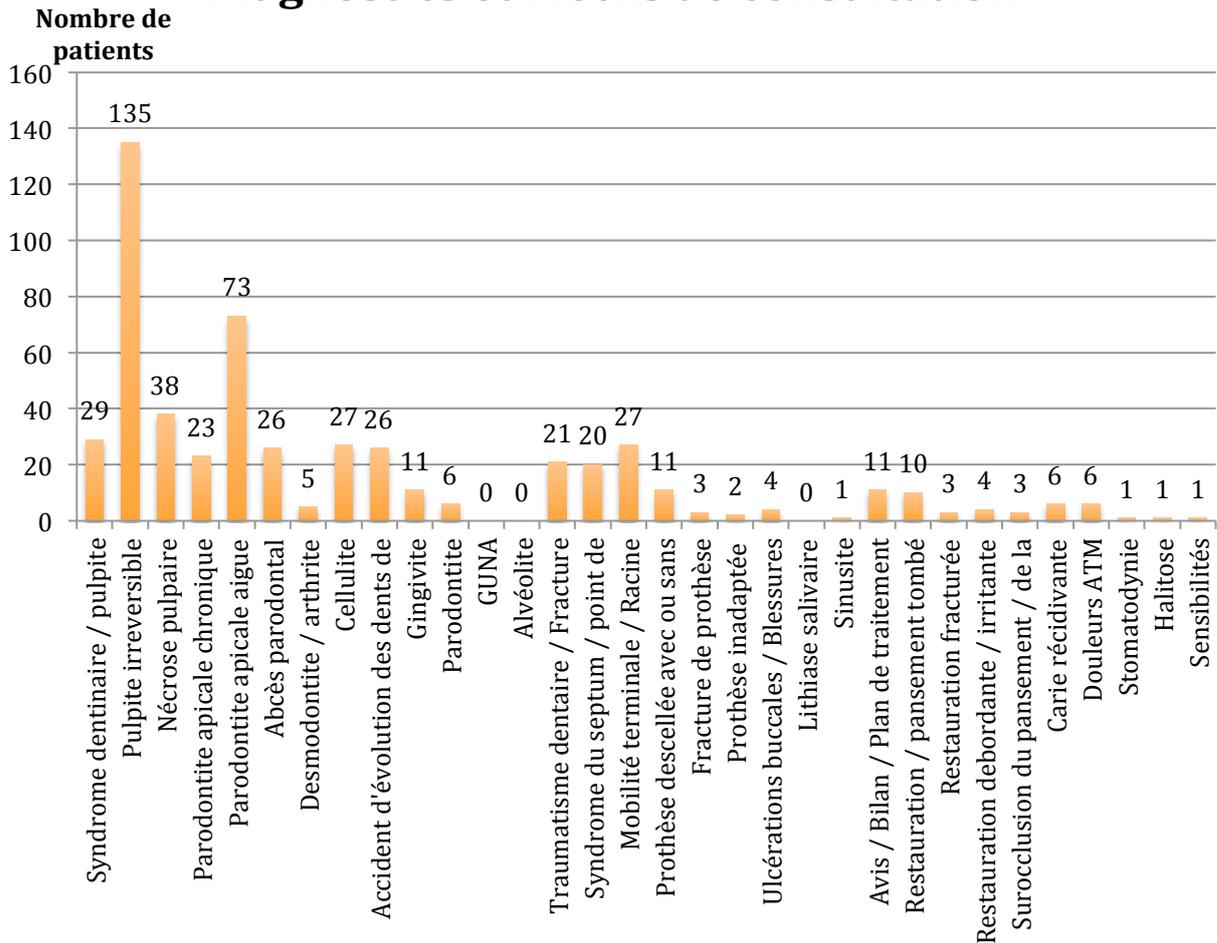


FIGURE 11: DIAGNOSTICS ET MOTIFS DE CONSULTATION

5. Prémédication en rapport avec l'urgence

Un bilan de la consommation totale d'antalgiques et de leur efficacité, y compris ceux pris en automédication, doit être effectué lors de la consultation. Il est indispensable de rappeler au patient de se conformer à la prescription médicale et de ne pas prendre d'autres antalgiques sans l'avis de son praticien ou d'un médecin, afin d'éviter les risques de surdosage. En effet une même substance active peut être présente dans plusieurs spécialités pharmacologiques. Ainsi, lors du bilan de la consommation d'antalgiques, il convient de rechercher si le patient prend d'autres médicaments contenant du tramadol, de la codéine, un anti-inflammatoire non stéroïdien, ou du paracétamol sous toutes ses formes.

A l'admission, nous avons demandé aux patients s'ils avaient pris un traitement médicamenteux pour soulager leur douleur, et si ce traitement avait été ou non prescrit. Il a été évalué que 60,77% des patients se présentant avec une douleur en consultation n'avaient pris aucun médicament pour soulager leur douleur.

Concernant les patients ayant pris un médicament avant leur admission au CASU, il s'agit de traitements prescrits par un médecin ou un chirurgien-dentiste dans 22,13% des cas uniquement. Il s'agit alors majoritairement d'antibiotiques (51,85%), les antalgiques et les

anti-inflammatoires non stéroïdiens étant prescrits dans une moindre mesure (respectivement 29,63% et 18,52%), sans doute du fait de leur disponibilité en pharmacie sans ordonnance.

Ainsi pour les patients en situation d'automédication (77,87%), il s'agit principalement (80%) de la prise autonome d'antalgiques.

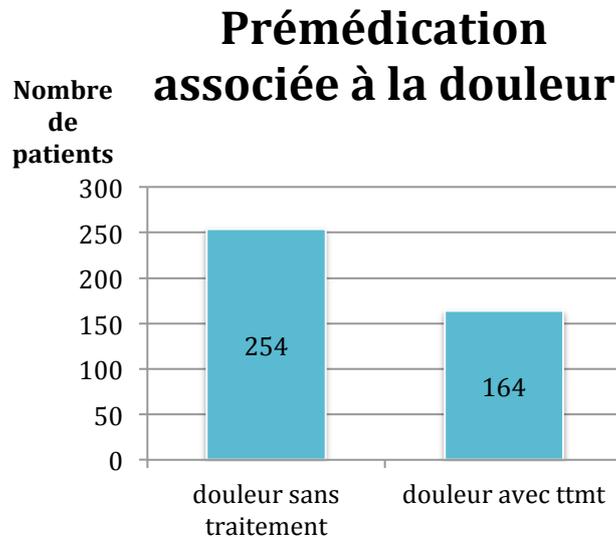


FIGURE 12 : PREMEDIATION ET DOULEUR

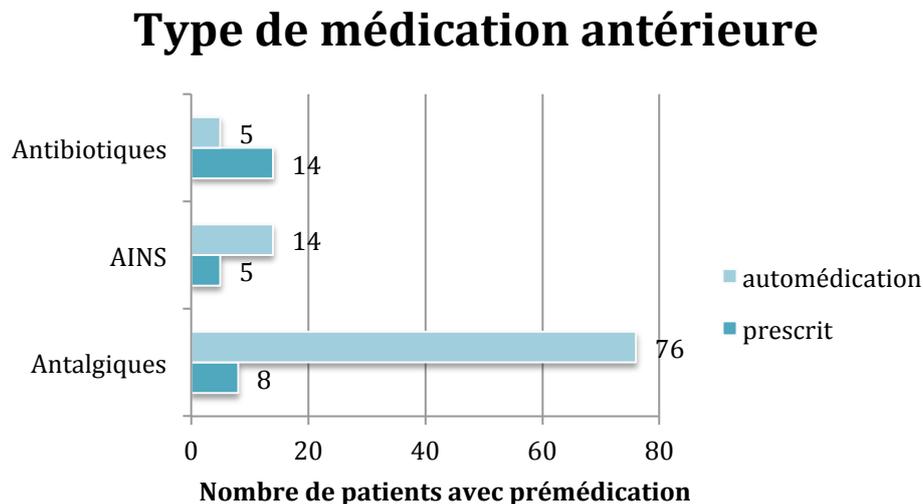


FIGURE 13 : TYPE DE PREMEDIATION

En ce qui concerne le type de médicaments pris avant la consultation, que le traitement soit ou non prescrit, il s'agit majoritairement d'antalgiques de palier I pris seuls (50,67%). Dans 6% des cas les patients ont pris des antalgiques de palier II, et dans 12,67% des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Enfin, dans 10,67% des cas, les patients sont sous couverture antibiotique. Il a été également évalué que 8,7% des patients ont pris des antibiotiques associés à des antalgiques et 11,33% ont pris des antalgiques associés à des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Douleur et traitement

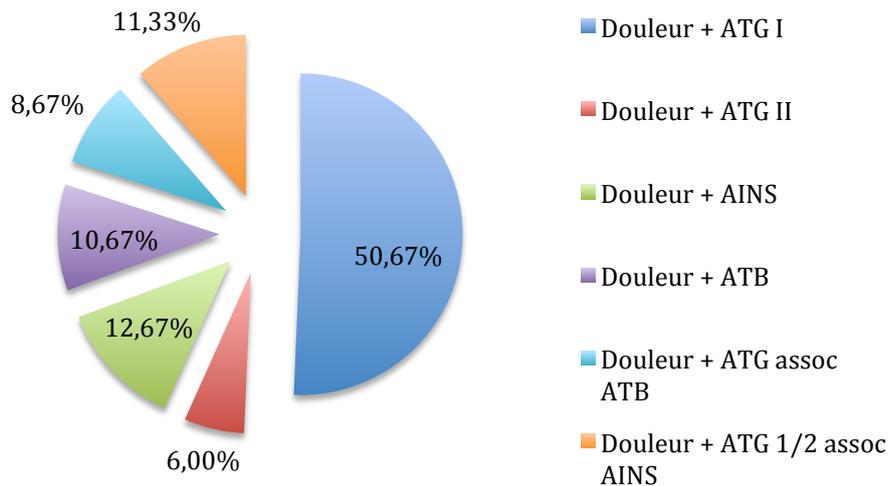


FIGURE 14 : DOULEUR ET TRAITEMENT

6. Comportement du patient

Le comportement du patient est un point important à prendre en compte. En effet, il ne faut pas négliger l'influence de l'anxiété sur la douleur et les risques encourus par le patient, en cas de non coopération ou de refus de soin. Différentes situations peuvent être rencontrées allant du patient coopérant au refus de soins, en passant par l'anxiété et la phobie. L'anxiété des patients vis à vis des soins dentaires peut être évaluée en utilisant l'échelle de CORAH constituée de quatre questions pondérées permettant l'obtention d'un score (annexe 1). La somme des scores obtenus à chaque question est de 4 au minimum, correspondant à l'absence d'anxiété, et de 20 au maximum, correspondant à un haut niveau d'anxiété. On peut considérer les patients ayant un score inférieur à 13 comme non-anxieux. (33) (34)

Cette échelle n'a pas été utilisée lors de l'enquête menée. Dans la littérature (24), les études menées à propos de l'anxiété vis à vis des soins dentaires montrent une prévalence de 10 à 20% de l'anxiété au sein de la population. Ces chiffres correspondent à ceux obtenus par notre enquête au CASU.

Face à ces situations d'anxiété et de phobie, différentes stratégies thérapeutiques peuvent être mises en place. En effet, ces patients ne sont que peu ou pas coopérants, malgré un besoin de soins évident. De plus, du fait de leur phobie, ils ne consultent qu'en dernier recours, c'est à dire en urgence, et bien souvent après plusieurs jours d'automédication antalgique, cette situation menant au risque de surdosage antalgique.

Les patients anxieux doivent être mis en confiance : ceci peut prendre du temps et être un facteur de stress pour l'opérateur qui doit également tenir compte du nombre de patients présents dans la salle d'attente, sans pour autant négliger ces patients demandeurs d'une attention particulière. Si cette mise en confiance n'est pas réalisée, on risque de voir se développer une phobie qui devient telle, que le patient vient souvent très tard, en

urgence. La peur du chirurgien-dentiste vient souvent de la peur d’avoir mal, d’où l’importance d’une bonne première prise en charge au CASU. Si la phobie est trop importante, une prise en charge spécialisée peut être proposée sous hypnose ou même sous sédation consciente via un mélange équimolaire oxygène-prot oxyde d’azote (MEOPA). Malheureusement ce type de soins n’est en général pas disponible en urgence. Il est donc important de bien informer les patients de la nécessité de visiter régulièrement leur chirurgien dentiste traitant pour un bilan bucco-dentaire visant à détecter précocement les lésions dentaires et permettant leur prise en charge dans un cadre, en dehors de l’urgence et du stress, voire de programmer ces séances sous MEOPA.

Lors de l’enquête réalisée au CASU, si dans la majorité des cas (73,75%) les patients se sont montrés coopérants, près d’un quart des patients se trouvait dans les situations d’anxiété et de phobie décrites précédemment. Seuls 1,95% des patients ont été non coopérants, voire en situation de refus de soins, mais pas toujours pour des raisons d’angoisse vis à vis des soins. Par exemple certains patients ont refusé que l’opérateur agisse sur un soin réalisé par leur chirurgien-dentiste traitant, d’autres se sont montrés insatisfaits par le refus de l’opérateur d’extraire une dent dans un contexte infectieux nécessitant une antibiothérapie préliminaire.

Comportement du patient lors de la consultation

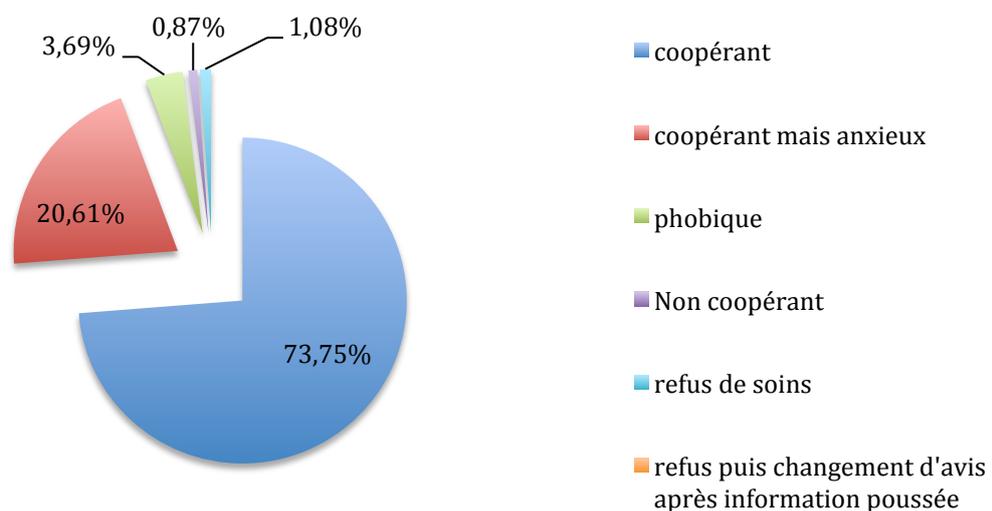


FIGURE 15 : COMPORTEMENT DU PATIENT

7. Intensité de la douleur

L’intensité de la douleur a été auto-évaluée par le patient en pré-, per- et post-opératoire grâce à l’Echelle Visuelle Analogique mise à disposition. En effet l’évaluation globale de la douleur ressentie par le patient est le prérequis indispensable à sa prise en charge (35). La douleur induite par les actes thérapeutiques n’a pas été prise en compte.

En l'absence de correspondance consensuelle entre les différents outils d'auto-évaluation et les catégories de douleur utilisées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des antalgiques (douleur « légère », « modérée », « intense », «très intense »), nous avons suivi la correspondance suivante, proposée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS): (30)

- Douleur absente : 0 sur l'Echelle Numérique
- Douleurs légères : 1 à 3 sur l'Echelle Numérique
- Douleurs modérées : 4 à 6 sur l'Echelle Numérique
- Douleurs intenses : 7 à 10 sur l'Echelle Numérique

A l'arrivée en consultation, 47 patients (9,85%) décrivent une absence de douleur, 56 patients (11,74%) se plaignent de douleurs légères, 125 patients (26,21%) se plaignent d'une douleur modérée et 249 des patients (52,20%) consultent pour des douleurs intenses dont 68 décrivent des douleurs allant de 9 à 10 sur l'Echelle Numérique correspondant à des douleurs très intenses. On peut donc dire que les patients décrivant des douleurs intenses sont majoritaires.

Nous avons pu observer que cette tendance s'inverse après une anesthésie si elle a lieu, et à la fin de la consultation. En effet l'évaluation montre qu'à ces deux instants, presque 50% de la population déclare une absence de douleur, et près de 30% de la population évalue sa douleur comme étant légère. On pourra également remarquer les similitudes des résultats obtenus à ces deux instants de relevé d'intensité de la douleur.

INTENSITE DE LA DOULEUR AUTO-EVALUEE PAR LE PATIENT (%)		
Douleur initiale <i>N=477</i>	absente	9,85
	légère	11,74
	modérée	26,21
	intense	52,20
Douleur après anesthésie <i>N=236</i>	absente	49,58
	légère	29,66
	modérée	12,71
	intense	8,05
Douleur Finale <i>N=368</i>	absente	49,73
	légère	28,80
	modérée	12,50
	intense	8,97

FIGURE 16 : TABLEAU RELEVANT L'INTENSITE DE LA DOULEUR AUTO-EVALUEE

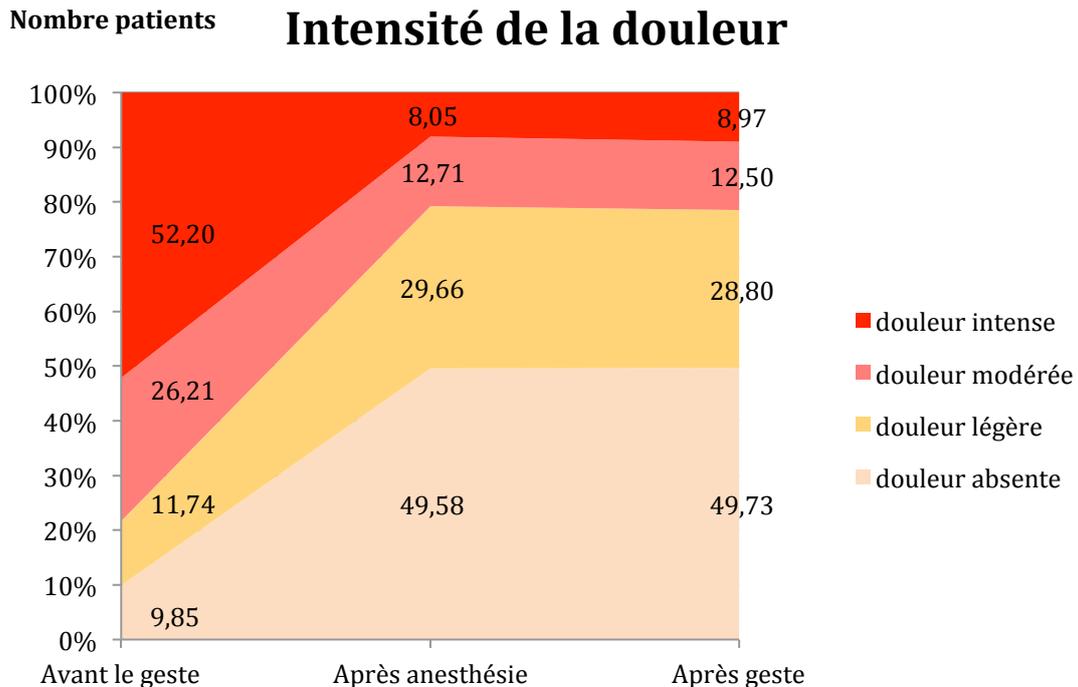


FIGURE 17 : INTENSITE DE LA DOULEUR

Le soulagement de la douleur est défini par une diminution de la douleur initiale. Mais nous jugerons également de l'efficacité de la prise en charge, si la douleur décrite par le patient en sortant du CASU est inférieure à 7 sur l'Echelle Numérique. Nous allons donc observer plusieurs types d'évolution de l'intensité de la douleur :

- l'augmentation
- la constance d'une intensité supérieure ou égale à 7 sur l'EN
- la constance d'une intensité inférieure à 7 sur l'EN
- la diminution de l'intensité mais toujours supérieure ou égale à 7 sur l'EN
- la diminution de l'intensité à moins de 7 sur l'EN

Certains cas montreront également une douleur finale inférieure à la douleur initiale mais supérieure à la douleur post-anesthésie.

L'évolution de l'intensité de la douleur au cours de la consultation a donc été étudiée pour chaque patient.

Sur une population de 481 patients, 112 n'ont pas bénéficié d'un geste thérapeutique, 127 ont bénéficié d'un geste thérapeutique sans anesthésie et 242 ont bénéficié d'un geste thérapeutique ayant nécessité une anesthésie.

Après anesthésie, la douleur de la majorité des patients (90,04%) est déjà soulagée, c'est à dire que non seulement la douleur initiale a diminué mais qu'elle est également inférieure à 7 sur l'EN. On peut donc dire que l'anesthésie, même si elle ne suffit pas seule, est un excellent moyen de soulager la douleur du patient. Seuls 4 patients (1,73%) ont vu leur douleur initiale augmenter. Pour 13 patients (5,62%) l'anesthésie n'a absolument pas agi sur l'intensité de leur douleur, dont 8 patients pour lesquels la douleur initiale était intense.

En fin de consultation, l'évolution de l'intensité de la douleur par rapport au début de la consultation a été étudiée sur trois groupes de patients : ceux ayant bénéficié d'un geste thérapeutique avec anesthésie, ceux ayant bénéficié d'un geste thérapeutique sans anesthésie, et ceux n'ayant bénéficié d'aucun geste thérapeutique.

S'il n'y a eu aucun geste thérapeutique, pour la majorité des patients voire la quasi totalité (95%), la douleur est la même qu'en début de consultation. Mais pour 2 patients (5%) la douleur évaluée a diminué. Ceci peut s'expliquer par un soulagement psychologique et une diminution du stress du patient, si l'origine de sa douleur a pu être expliquée. Pour autant, ces patients sont-ils satisfaits de cette prise en charge ?

Ces résultats sont difficiles à comparer avec ceux d'enquêtes similaires réalisées en services d'urgences médicales. Tout d'abord il existe des situations d'urgence mettant en péril la vie du patient et nécessitant la mise en place de procédures visant la prise en charge de la détresse vitale, au détriment parfois de la douleur. Ensuite les situations d'urgence peuvent nécessiter une hospitalisation allant de quelques heures à quelques jours avant que le patient ne retourne chez lui ou ne soit pris en charge par une autre structure. Enfin ces patients ont pu bénéficier de la mise en place d'un traitement antalgique pendant leur séjour aux urgences, ce qui rend l'évaluation de la douleur à la sortie différente de celle réalisée lors de l'enquête présentée.

EVOLUTION DE LA DOULEUR		%
Douleur après Anesthésie <i>N=231</i>	Augmentée	1,73
	Stable et supérieure ou égale à 7	3,46
	Stable et inférieure à 7	2,16
	Diminuée mais supérieure ou égale à 7	2,60
	Diminuée et inférieure à 7	90,04
Douleur Finale s'il y a eu anesthésie et geste thérapeutique <i>N=230</i>	Augmentée	1,74
	Stable et supérieure ou égale à 7	2,17
	Stable et inférieure à 7	0,43
	Diminuée mais supérieure ou égale à 7	1,30
	Diminuée et inférieure à 7	86,96
	Diminuée par rapport à la douleur initiale mais augmentée par rapport à la douleur post-anesthésie	7,39
Douleur Finale s'il y a eu geste thérapeutique sans anesthésie <i>N= 91</i>	Augmentée	3,30
	Stable et supérieure ou égale à 7	6,59
	Stable et inférieure à 7	37,36
	Diminuée mais supérieure ou égale à 7	1,10
	Diminuée et inférieure à 7	51,65

Douleur Finale s'il n'y a pas eu de geste thérapeutique <i>N= 40</i>	Augmentée	-
	Stable et supérieure ou égale à 7	35,00
	Stable et inférieure à 7	60,00
	Diminuée mais supérieure ou égale à 7	2,50
	Diminuée et inférieure à 7	2,50

FIGURE 18 : TABLEAU RELEVANT L'ÉVOLUTION DE LA DOULEUR AU COURS DE LA CONSULTATION

8. Prescriptions

Lors de la consultation au CASU, 262 patients (56,81%) se sont vu prescrire des médicaments, dont 248 patients se plaignaient de douleur à l'entrée en consultation. Donc 58,49% des patients algiques ressortent avec une prescription médicamenteuse. Mais est-ce que les 41,51% de patients algiques restants ont été soulagés par le seul geste thérapeutique ?

Les différents types de prescriptions concernent les antibiotiques, les antalgiques de palier I dont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les antalgiques de palier II, les anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS), les bains de bouches et d'autres produits tels que des myorelaxants et des gels locaux à action antalgique, antiseptique et anesthésique. Toutes ces familles pharmaceutiques sont prescrites seules ou combinées entre elles.

Il s'agit majoritairement de prescriptions d'un antibiotique associé à un antalgique de palier I (20,23%), d'un antibiotique seul (18,70%) ou d'un antalgique de palier I seul (16,03%).

PRESCRIPTIONS, n(%)	
Antibiotique	49 (18,70)
Association de deux antibiotiques	2 (0,76)
Antalgique de palier I (hors AINS)	42 (16,03)
Antalgique de palier II	8 (3,05)
Bain de bouche	28 (10,69)
Autres	5 (1,91)
Anti-inflammatoire non stéroïdien	5 (1,91)
Antibiotique + Antalgique palier I (hors AINS)	53 (20,23)
Antibiotique + Antalgique palier II	15 (5,73)
Antibiotique + Antalgique palier I (hors AINS) + Bain de bouche	19 (7,25)
Antibiotique + Antalgique palier II + Bain de bouche	5 (1,91)
Antibiotiques associés + Antalgique palier I (hors AINS)	4 (1,53)
Antibiotiques associés + Antalgique palier I (hors AINS) + Bain de bouche	1 (0,38)
Antibiotiques associés + Antalgique palier II + Bain de bouche	2 (0,76)
Antibiotique + Bain de bouche	6 (2,29)
Antibiotique + AIS + Antalgique palier I (hors AINS) + Bain de bouche	3 (1,15)
Antalgique de palier I (hors AINS) + Bain de bouche	7 (2,67)
Antalgique de palier II + Bain de bouche	1 (0,38)
Antibiotique + AINS	4 (1,53)

Antalgique de palier I (hors AINS) + AINS	1 (0,38)
Anti-inflammatoire non stéroïdien + Bain de bouche	1 (0,38)
Antibiotique + AINS + Bain de bouche	1 (0,38)

FIGURE 19 : REPARTITION DES PRESCRIPTIONS

Les spécialités les plus prescrites sont l'Amoxicilline (31,28%), le Paracétamol (30,57%) et l'Eludril (16,59%).

SPECIALITES PRESCRITES, n(%)

Antibiotiques	Amoxicilline	132 (31,28)
	Augmentin	15 (3,55)
	Clindamycine	5 (1,18)
	Birodogyl	5 (1,18)
	Amoxicilline + Flagyl	5 (1,18)
	Amoxicilline + Métronidazole	4 (0,95)
	Antalgiques de Palier I	Paracétamol
AINS : Ibuprofène		13 (3,08)
Antalgiques de Palier II	Paracétamol codéiné	32 (7,58)
	Tramadol	2 (0,47)
AIS	Solupred	3 (0,71)
Autres	Eludril	70 (16,59)
	Paroex	1 (0,24)
	Pansoral	2 (0,47)
	Hyalugel	1 (0,24)
	Dynexan	2 (0,47)
	Coltramyl	1 (0,24)

FIGURE 20 : SPECIALITES PRESCRITES

Nous avons également étudié les différents types de prescriptions délivrées en fonction de l'intensité de la douleur initiale du patient. La majorité des prescriptions pour chaque combinaison de médicaments décrite dans le tableau précédent, a été réalisée pour des patients dont la douleur initiale était intense ou modérée. Il n'y a que la prescription de bains de bouche seuls qui est majoritairement réalisée pour des patients dont la douleur initiale est légère à modérée.

Les patients dont la douleur initiale est intense se voient majoritairement prescrire un antibiotique avec un antalgique de palier I hors AINS (22,67%), un antalgique de palier I seul hors AINS (18%) ou un antibiotique seul (17,33%).

Les patients dont la douleur initiale est modérée se voient majoritairement prescrire un antibiotique seul (16,67%), un antalgique de palier I hors AINS seul (16,67%), un bain de bouche seul (16,67%), ou un antibiotique avec un antalgique de palier I hors AINS (16,67%).

Enfin ceux dont la douleur initiale est légère se voient majoritairement prescrire un bain de bouche seul (41,37%) ou un antibiotique seul (31,03%).

Type de traitement prescrit aux patients algiques en fonction de l'intensité de la douleur à l'admission

Nombre de prescriptions réalisées, n

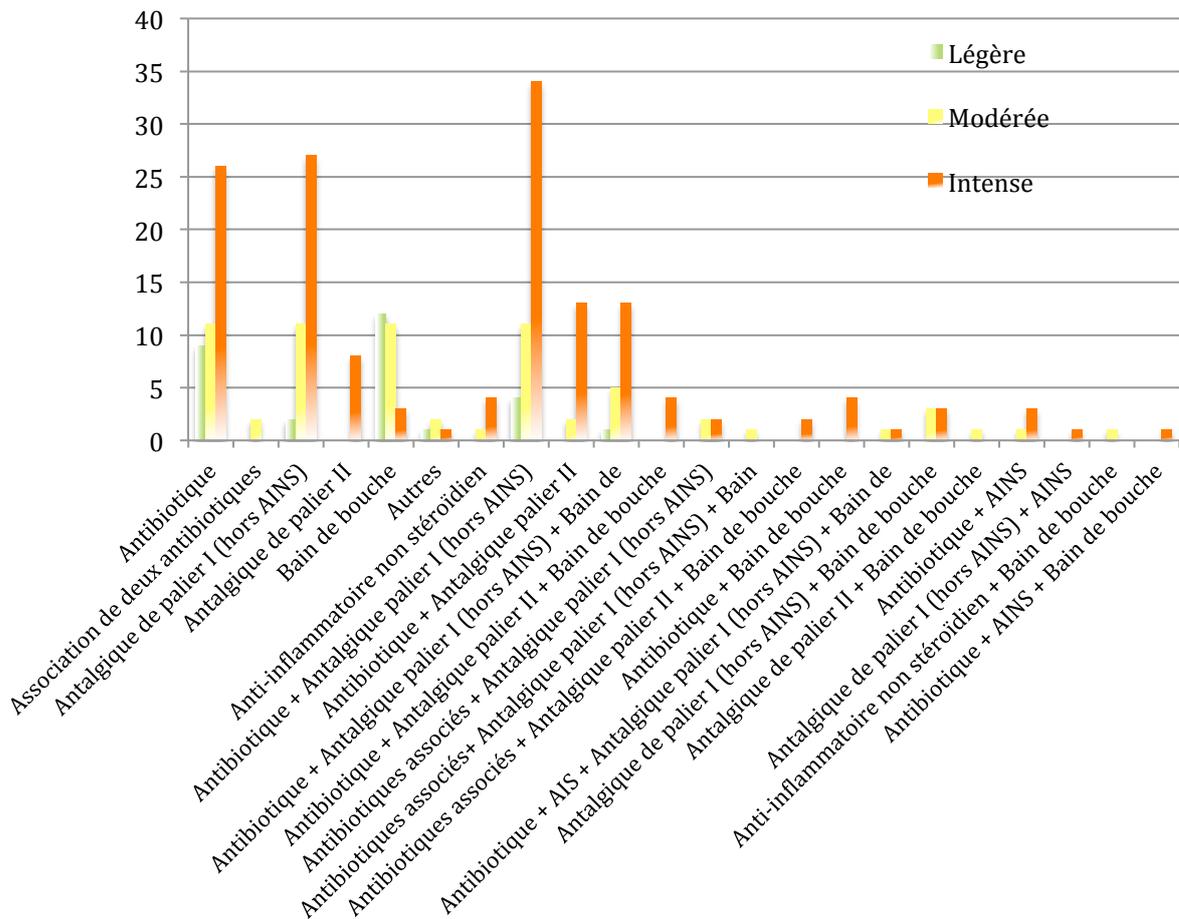


FIGURE 21 : PRESCRIPTIONS SELON LE PALIER DE DOULEUR INITIALE

9. Autour des gestes

En ce qui concerne la réalisation de gestes thérapeutiques visant à diminuer la douleur du patient voire, quand cela est possible, d'en éradiquer la cause, 249 patients (49,8%) en ont bénéficié dont 221 consultaient pour un motif douloureux, ce qui correspond à 52,12% des patients algiques interrogés lors de cette enquête. Chez ces patients, il a été réalisé au moins un geste thérapeutique, parfois plusieurs si la situation l'exigeait.

Parmi la population globale interrogée, 116 patients (23,20%) ont bénéficié d'un geste thérapeutique associé à une prescription, dont 112 patients consultaient pour un motif douloureux, ce qui correspond à 26,42% des patients algiques.

Les différents gestes réalisés en consultation au CASU et répertoriés au cours de l'enquête peuvent être classés en différentes catégories selon le type d'acte réalisé :

- Trépanation de la chambre pulpaire - pulpectomie - pulpotomie - parage canalaire - désinfection canalaire
- Drainage d'abcès
- Exérèse de carie et mise en place de pansement - dépose de restauration
- Mise en place de composite ou de pansement provisoire si la restauration est tombée
- Exérèse d'un pan fracturé - avulsion
- Rescellement
- Détartrage - débridage - curetage
- Polissage - réglage occlusal - réglage de point de contact inter-dentaire
- Autres : application de vernis fluoré ou hybridation - empreinte pour gouttière - empreinte et réparation de prothèse ou retouches de prothèse - découpe de prothèse fixée

De même que les urgences de type pulpaire sont un motif majeur de consultation, les gestes thérapeutiques pulpaire associés sont également ceux les plus largement réalisés (61,15%). Viennent en seconde position les soins nécessaires en cas de pulpite réversible (13,64%).

GESTES THERAPEUTIQUES, n(%)	
Trépanation - pulpectomie - pulpotomie - parage canalaire - désinfection canalaire	159 (61,15)
Drainage d'abcès	7 (2,69)
Exérèse de carie et mise en place de pansement - dépose de restauration	36 (13,84)
Mise en place de composite ou de pansement provisoire si la restauration est tombée	9 (3,46)
Exérèse d'un pan fracturé - avulsion	3 (1,15)
Rescellement	8 (3,07)
Détartrage - débridage - curetage	18 (6,92)
Polissage - réglage occlusal - réglage de point de contact inter-dentaire	13 (5)
Autres :	
application de vernis fluoré ou hybridation	2 (0,76)
empreinte pour gouttière	1 (0,38)
empreinte et réparation de prothèse ou retouches de prothèse	3 (1,15)
découpe de prothèse fixée	1 (0,38)

FIGURE 22 : GESTES THERAPEUTIQUES REALISES

65,58% de ces actes ont été réalisés sous anesthésie. Différentes techniques d'analgésie ont été mises en œuvre. Il s'agit majoritairement d'une anesthésie locale (67,76%). Dans certaines situations (10,33%) une anesthésie locorégionale a été nécessaire et suffisante seule, mais elle a parfois dû être complétée par une anesthésie locale (19,83%). Dans 2% des cas, la technique n'a pas été renseignée. L'utilisation d'un gel de pré-anesthésie locale n'a pas été prise en compte.

Nécessité d'une anesthésie

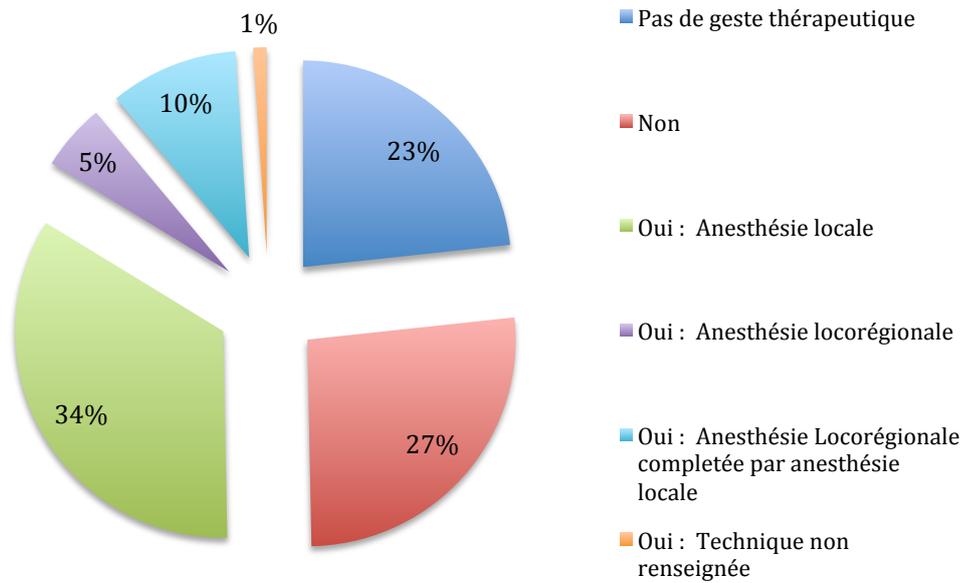


FIGURE 23 : NECESSITE D'UNE ANESTHESIE DURANT LE SOIN

Nous avons également étudié le type de technique anesthésique utilisée en fonction de l'urgence. Les patients pour lesquels une anesthésie a été réalisée, quelle que soit la technique, présentaient pour la moitié d'entre eux (53,02%) une pulpite irréversible.

Ce résultat n'est pas étonnant compte tenu du fait qu'il s'agit de la majorité des urgences répertoriées au CASU.

Répartition du nombre d'anesthésies réalisées en fonction de l'urgence (%)

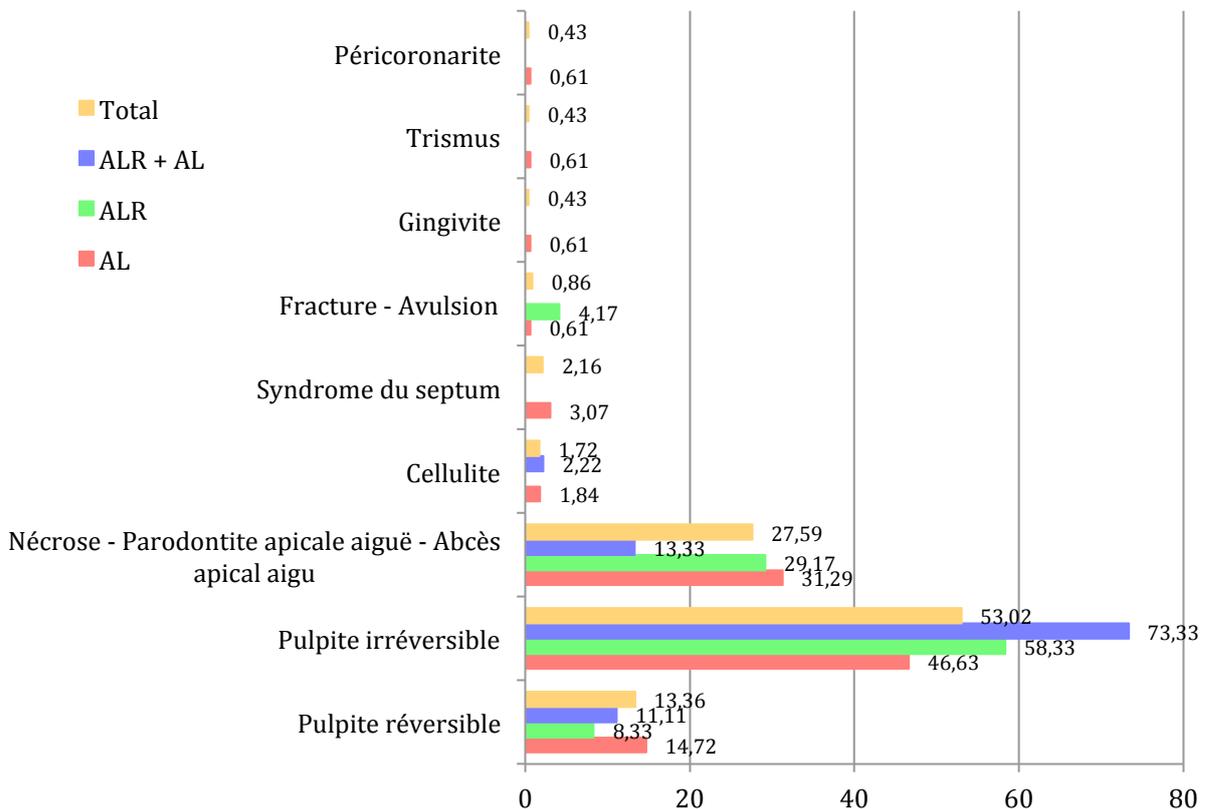


FIGURE 24 : REPARTITION DU NOMBRE D'ANESTHESIES REALISEES EN FONCTION DE L'URGENCE

Si on se concentre sur chaque motif d'urgence et les méthodes d'anesthésie mises en place, on remarque que l'anesthésie locale est la technique la plus utilisée. Pour ce qui est des péricoronarites, trismus, gingivites, fractures, syndromes du septum et cellulites il y a trop peu de résultats pour que ceux ci soient commentés.

Concernant les urgences pulpaires qui sont les principales urgences rencontrées et qui nécessitent non seulement un acte de soin mais également une anesthésie, l'anesthésie locale reste la principale technique utilisée, dans 60 à 80% des cas. L'anesthésie locorégionale (ALR) est assez peu utilisée seule. Elle est complétée par une anesthésie locale dans 26,82% des cas de pulpites irréversibles.

Répartition des techniques analgésiques mises en place par catégorie d'urgence

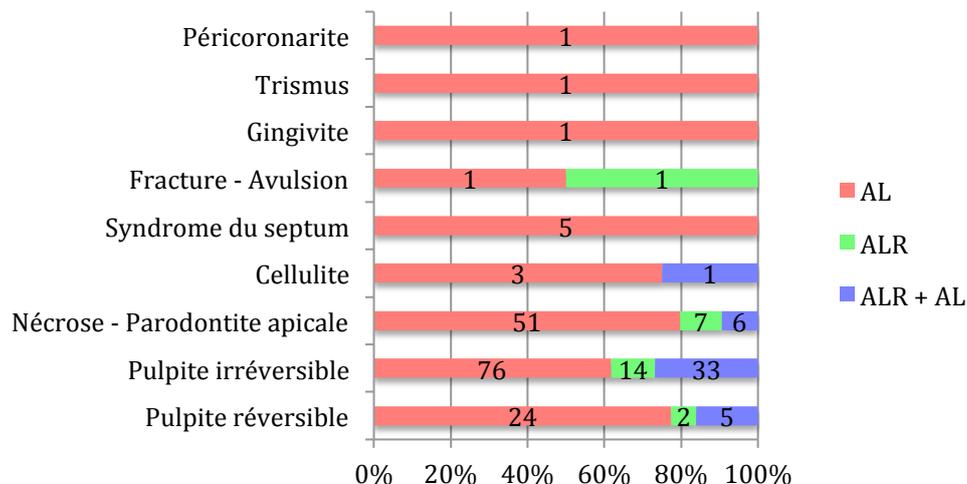


FIGURE 25 : REPARTITION DES TECHNIQUES ANALGESIQUES MISES EN PLACE EN FONCTION DE L'URGENCE

Cependant la donnée la plus intéressante reste la dose moyenne injectée par type d'urgence. Ceci pourrait permettre à l'opérateur de préparer à l'avance la quantité de solution anesthésique moyenne nécessaire en général et lui éviter d'avoir à interrompre le soin pour aller chercher d'autres carpules de solution anesthésique non disponibles sur le poste de soins. Connaître ces doses pourrait également permettre d'injecter directement la quantité moyenne nécessaire au soulagement, en fonction du diagnostic. La dose moyenne nécessaire est évidemment plus élevée lorsqu'il s'agit de deux techniques d'anesthésie utilisées en complément l'une de l'autre. Dans le cas d'une anesthésie locorégionale associée à une anesthésie locale complémentaire, la dose moyenne est plus élevée lorsqu'il s'agit d'un patient souffrant d'une pulpite irréversible(3,13 carpules).

La dose moyenne utilisée dans les cas de péri coronarite, trismus, gingivite, fracture, syndrome du septum et cellulite n'est pas valable au vu du peu de cas rencontrés.

DOSE MOYENNE DE SOLUTION ANESTHÉSIQUE NECESSAIRE EN FONCTION DES TYPES D'URGENCE (<i>n</i> carpules)	AL	ALR	ALR + AL
Pulpite réversible	1,18	1,5	2,2
Pulpite irréversible	1,21	1,55	3,13
Nécrose - Parodontite apicale aigue - Abscès apical aigu	1,37	1,29	2,5
Cellulite	1,83	-	2
Syndrome du septum	1	-	-
Fracture - Avulsion	1	1	-
Gingivite	1	-	-
Trismus	2	-	-
Péricoronarite	1	-	-

FIGURE 26 : DOSE MOYENNE DE SOLUTION ANESTHÉSIQUE

Après l'anesthésie nous avons observé que la douleur initiale a diminué pour 92,64% des patients. L'anesthésie fait donc partie des moyens essentiels à mettre en œuvre lors de la prise en charge de la douleur dentaire en urgence.

Dans le cadre de cette enquête, la réalisation de clichés radiographiques de type orthopantomogramme (OTP) ou Téléradiographie Intra-Buccale (TIB) n'a pas été prise en compte et n'a donc pas été comptabilisée comme un acte. En effet, à l'admission du CASU, si le patient n'a pas d'OTP en sa possession et ne présente pas de contre-indication à sa réalisation, il est adressé directement à l'UF de radiologie par l'assistante en charge de l'accueil du CASU, afin qu'un OTP soit réalisé avant que le patient soit pris en charge par l'opérateur et ceci dans un souci de gain de temps : ceci permet d'éviter aux patients en salle d'attente et à l'opérateur, le temps d'attente correspondant au délai nécessaire à la réalisation de ce cliché. Lorsqu'une TIB est nécessaire au diagnostic, l'opérateur la réalise lui-même dans la salle de radiologie dédiée, ou bien via l'UF de radiologie durant la consultation, mais ce paramètre n'a pas été pris en compte par le questionnaire.

10. À la sortie des urgences

La douleur à la sortie du CASU était encore présente pour 185 patients (50,27%) et évaluée comme étant intense pour 33 d'entre eux (8,97%). Il faut également garder en tête que la douleur à la sortie est diminuée pour 270 patients (51,13%) dont 265 patients pour lesquels on peut considérer que la diminution de la douleur évaluée correspond à un soulagement de cette douleur.

Parmi les 249 patients (52,20%) qui se sont présentés au CASU avec une douleur intense à l'admission, 15,19% d'entre eux présentaient toujours une douleur intense à la sortie, que celle-ci ait augmenté (1 seul patient concerné), diminué (n=5) ou qu'elle n'ait pas évolué (n=25) par rapport à la douleur initiale, tout en restant sur l'intervalle de douleur intense (7 à 10) sur l'EN. Toujours concernant les patients admis avec une douleur intense, il est intéressant de noter que 44,60% d'entre eux ressortent avec une absence de douleur et 29,90% avec une douleur légère, soit un assez bon soulagement de la douleur mais qui pourrait être amélioré.

Pour les patients dont la douleur à l'admission était modérée, 24,21% ressortent avec une douleur modérée et 2 patients (0,21%) verront leur douleur passer au stade intense. Seuls

46,31% ressortiront avec une absence de douleur, ce rendement étant très proche de celui obtenu avec les patients dont la douleur à l'admission était intense. On peut donc se demander si l'intensité de la douleur à l'admission est un facteur déterminant de l'évolution de la douleur au cours de la consultation ?

Enfin pour les patients dont la douleur initiale était légère, 5,26% ressortent avec une douleur augmentée au palier « modéré » et 50% partiront avec une absence de douleur, ce rendement étant à peine meilleur que les deux précédents.

Donc si on considère que le soulagement de la douleur correspond à une diminution de la douleur initiale et une douleur finale inférieure à 7, on peut affirmer ici que 73,40% patients (n=265) dont l'intensité de la douleur finale a été notée, sont ressortis soulagés de leur douleur.

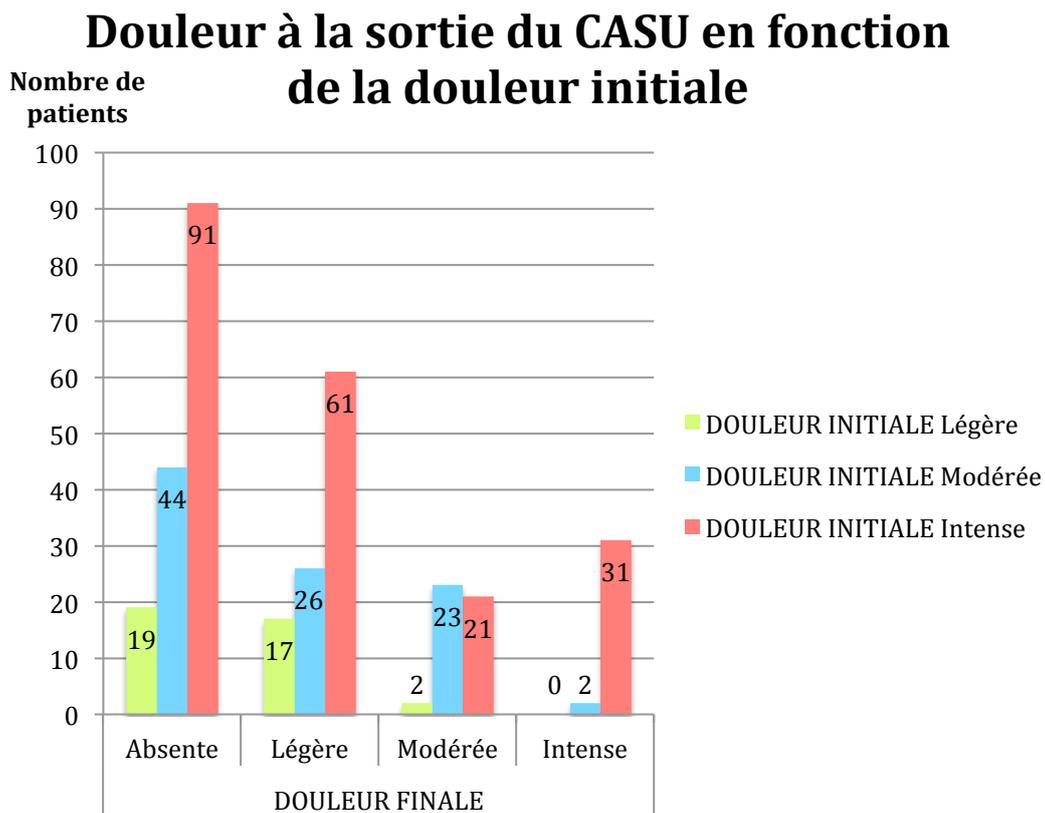


FIGURE 27 : DOULEUR A LA SORTIE DU CASU EN FONCTION DE LA DOULEUR A L'ADMISSION

En fin de consultation et lorsque cela était nécessaire, les patients étaient informés de la suite des soins à venir qu'ils devaient organiser, afin que la douleur ne soit pas récurrente. Pour ce faire les coordonnées de l'UF concernée étaient communiquées au patient afin qu'il prenne rendez-vous. Parmi les patients ayant consulté au CASU durant l'enquête, 11,59% étaient déjà suivis au centre de soins, et 23,39% étaient suivis par un praticien en ville.

Suivi du patient

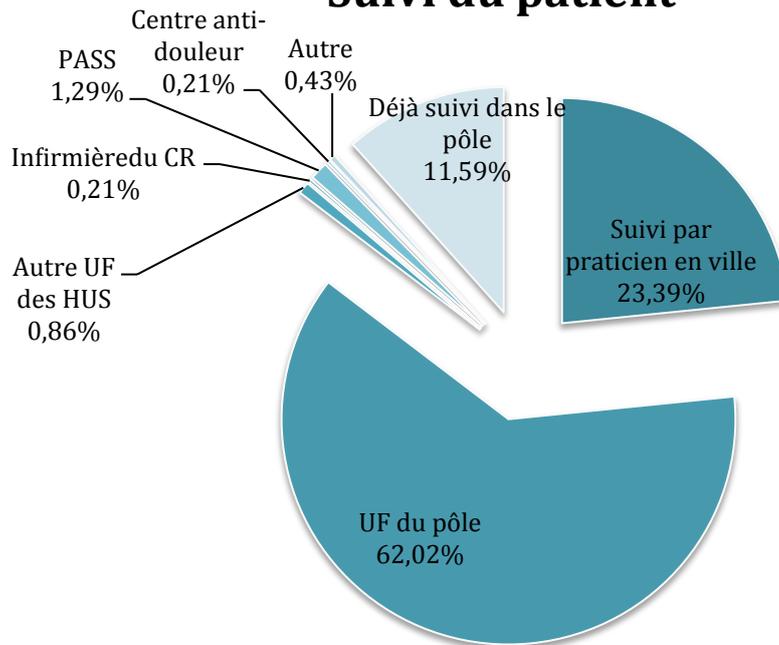


FIGURE 28 : SUIVI DU PATIENT

11. Satisfaction

La satisfaction des patients quant à leur prise en charge est très bonne puisque 95,62% d'entre eux se déclarent satisfaits, et 48,18% sont même très satisfaits. Ces chiffres sont bien plus élevés que ceux du nombre de patients soulagés. Il est tout de même intéressant de noter que 86,25% des patients satisfaits (n=339) consultaient pour un motif douloureux.

Les motifs d'insatisfaction concernaient soit une impossibilité à soulager le patient, soit un refus des soins ou des prescriptions proposées.

Selon une analyse dirigée en Service d'Accueil Urgence (SAU) (36), les raisons de l'insuffisance de la prise en charge de la douleur en contexte d'urgence sont :

- Insuffisance de l'écoute de l'acteur de soins
- Mauvaise connaissance des indications et de l'utilisation des analgésiques
- Peur des effets secondaires des morphiniques et toxicomanie induite
- Adage selon lequel la suppression de la douleur est responsable de retard voire d'erreur diagnostique
- Prise en compte des seules situations ayant des signes objectifs de gravité tendant à faire oublier la prise en charge du signe subjectif qu'est la douleur aiguë
- Origine ethnique et âge : les personnes âgées sont moins enclines à se plaindre et supportent la douleur avec fatalisme
- Méconnaissance de l'outil d'évaluation

Enfin selon une étude multicentrique en SAU (37), dans l'esprit des patients comme des soignants, il est admis une certaine « normalité » de la douleur dans le contexte de l'urgence.

IV. Discussion

Aujourd'hui le concept de « normalité » de la douleur en cas d'urgences dentaires et de nécessité de préserver cette douleur comme symptôme permettant d'établir un diagnostic a disparu, au bénéfice de sa prise en charge.

L'enquête observationnelle décrit les conditions habituelles de pratiques de l'art dentaire du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaire de Strasbourg, pour la prise en charge de la douleur de 500 patients de 15 à 92 ans, admis à l'UF de CASU.

Les résultats de l'enquête confirment que la douleur représente un symptôme ainsi qu'un motif de consultation très fréquent (86%) à l'admission du CASU avec 78,41% de patients présentant des douleurs modérées à intenses (4 à 10 sur l'EN).

Sa prise en charge est plutôt bonne avec un taux de 73,40% de patients soulagés à la sortie de l'UF, et un taux de prescription antalgique (41,70%) élevé. Néanmoins l'objectif doit rester l'amélioration de la prévalence du soulagement de la douleur initiale.

Selon une étude réalisée en Service d'Accueil Urgence (SAU) en 1993 (38), 86,4% des patients qui se présentent souffrent, ce qui est équivalent à la prévalence de la présence d'une douleur (86%) dans l'enquête réalisée. Mais si dans cette étude seulement 47,6% des patients admettaient une régression de leur douleur à la sortie, 73,4% des patients sont ressortis du CASU du centre de soins de Strasbourg soulagés de leur douleur initiale. La douleur bucco-dentaire dans le contexte de l'urgence serait-elle plus facile à gérer que celle rencontrée dans le cadre de l'urgence générale, qu'elle soit d'origine médicale ou traumatique ?

Selon une analyse concernant la prescription d'antalgiques réalisée en SAU (36), 56% des patients quittent le service avec une prescription d'antalgiques, contre 41,7% pour les patients admis au CASU. Cette différence peut s'expliquer par le nombre de situations d'urgences bucco-dentaires où la seule prescription d'antibiotiques et/ou la réalisation d'un geste technique peuvent suffire. En effet dans l'enquête réalisée, 19,46% des patients ont reçu une prescription d'antibiotiques sans antalgiques associés, et 49,8% des patients ont pu bénéficier d'un geste technique visant à soulager la douleur, sans être associé à une prescription pour la moitié d'entre eux.

Les traitements prescrits en fin de consultation au CASU étaient essentiellement des antibiotiques (39,32%) et des antalgiques de palier I (33,65%). Les antalgiques de palier II sont prescrits dans une moindre mesure (8,05%), que l'on pourrait considérer comme insuffisante si l'on en croit la littérature (39) (37), puisque les données de la science ont montré que le traitement précoce de la douleur, l'utilisation de morphiniques et le score initial de la douleur sur l'EVA, conditionnent le succès de l'analgésie en cas de douleur intense. Mais les traitements n'étant pas mis en place au cours de la consultation, le faible taux de prescriptions morphiniques n'explique pas le taux de patients insuffisamment soulagés.

Dans une étude observationnelle réalisée dans un service de médecine d'urgence (40), il a été remarqué qu'un soulagement insuffisant de la douleur était en général associé à une intensité faible à modérée de la douleur initiale, à l'absence d'intervention (analgésie,

traitement, mise en place d'une procédure) et à l'absence d'utilisation de médicaments avant l'arrivée du patient aux urgences.

L'enquête observationnelle réalisée au CASU présente des limites. Les résultats décrits ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population des services d'urgences en Centres de Soins Bucco-Dentaires, car les informations n'ont été recueillies que dans un seul Centre de Soins, et sans tirage au sort des patients.

Néanmoins la durée de l'enquête a été suffisante puisqu'elle a permis de recueillir un grand nombre de questionnaires (500), de l'ordre 17% des passages, ce qui est un très bon taux de réponses. Les questionnaires n'étaient pas tous complets compte tenu de la forte affluence de l'UF (2956 patients) mais 352 questionnaires ont tout de même pu être exploités complètement.

Pour ne pas interférer avec le soin, la douleur n'a pas été évaluée au cours de la procédure mais seulement après. Il n'est donc pas possible d'interpréter la douleur induite par les soins.

Néanmoins la prévalence de la douleur post-anesthésie et post-procédure de soin étant sensiblement la même, on peut globalement en retirer que le protocole d'anesthésie mis en place permet d'optimiser cette douleur induite.

Nous pouvons observer que peu de patients ont consulté pour un traumatisme dentaire, leur prévalence étant plus élevée chez les enfants qui consultaient directement l'UF dédiée. Nous remarquons également qu'aucun problème hémorragique n'a été recensé.

Dans un contexte d'amélioration de la prise en charge de la douleur en service d'urgences, il serait intéressant d'envisager la mise en place de protocoles anesthésiques et thérapeutiques standardisés.

Une prémédication pourrait également être bénéfique, lorsque le patient n'a pris aucun traitement contre la douleur avant de se présenter au CASU, puisque l'absence de prémédication est un facteur de risque de soulagement insuffisant de la douleur (40). Mais ceci nécessiterait la présence d'un stock de médicaments au CASU avec la problématique de leur facturation à l'unité aux patients, de la présence d'une personne disposant de cette compétence à l'accueil du CASU, ou encore de l'instauration d'une Pharmacie au sein du centre de soins.

Pour connaître le bénéfice à long terme de la prise en charge réalisée au CASU il aurait fallu suivre les patients sur plusieurs mois et recenser leurs rendez-vous dans les UF vers lesquelles nous les avons orientés. Ceci n'a pas pu être réalisé par méconnaissance du différentiel entre les patients qui ne reprennent pas rendez-vous et ceux qui retournent chez leur chirurgien-dentiste.

Le questionnaire d'évaluation de la prise en charge de la douleur est un outil très utilisé dans le cadre d'enquêtes réalisées en services d'urgences médicales. Cependant de telles études ne sont que peu ou pas menées en médecine bucco-dentaire. Il serait intéressant de se demander si c'est la méthode d'investigation utilisée qui n'est pas adaptée, ou si nous ne sommes pas assez sensibilisés à l'importance de ces enquêtes, qui n'ont d'autre but que l'amélioration de notre prise en charge.

Conclusion

Depuis la publication sur la douleur postopératoire en France en 1994 (41), la lutte des professionnels de santé contre la douleur est devenue un axe prioritaire de la politique de santé. Une obligation légale de prise en charge de la douleur a été intégrée à la loi par plusieurs plans de lutte anti-douleur depuis 1998. La philosophie du premier plan était de refuser de voir la douleur comme une fatalité et il en est ressorti qu'il était nécessaire d'évaluer la douleur par des outils validés.

L'un des principaux objectifs est d'éviter la douleur dans le cadre des soins. En effet, de nombreux patients ne viennent pas consulter de peur de souffrir sur le fauteuil. Or, attendre ainsi avant de consulter est un risque de voir la douleur s'intensifier. Toute douleur qui persiste laisse des séquelles neurologiques amenant une baisse de la résistance à la douleur.

Les progrès réalisés dans la connaissance de la physiologie de la douleur, dans la compréhension du mécanisme d'action des anesthésiques locaux et dans l'utilisation de médicaments efficaces, permettent au praticien de disposer de nombreux moyens de prise en charge, dans le contexte de l'urgence.

La maîtrise de la douleur s'impose afin d'améliorer la qualité de notre prise en charge, et d'amorcer un changement des pratiques quotidiennes au cabinet dentaire.

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : MARTINAGE Anne-Cécile

Titre de la thèse : Douleurs et urgences en Médecine bucco-dentaire : prise en charge
en service hospitalier d'urgences bucco-dentaires.

Directeur de thèse : Professeur Anne-Marie MUSSET

VU

Strasbourg, le :

Le Président du Jury,

Professeur A-M. MUSSET

11 septembre 2015



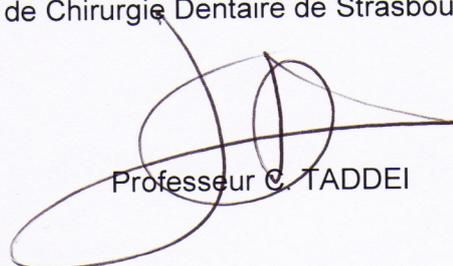
VU

Strasbourg, le :

23 SEP. 2015

Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur C. TADDEI



Annexes

Annexe 1 : Echelle de CORAH visant à évaluer l'anxiété des patients vis à vis des soins dentaires

ECHELLE DE CORAH

Question n°1 : (ne cochez qu'une seule case)

Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment vous sentiriez-vous ?

- Je penserai que cela va être une expérience assez agréable (1pt)
- Cela me semblerait indifférent (2pts)
- J'aurai peur que cela soit désagréable et douloureux (3pts)
- J'aurai terriblement peur de ce que le dentiste pourra faire (4pts)

Question n°2 : (ne cochez qu'une seule case)

Chez le dentiste, lorsque vous attendez votre tour pour passer sur le fauteuil, comment vous sentez-vous ?

- Détendu(e) (1pt)
- Pas tout à fait à l'aise (2pts)
- Tendue(e) (3pts)
- Angoissé(e) (4pts)
- Je serai tellement anxieux(se) que certaines fois je pourrais transpirer ou avoir presque envie de vomir (5pts)

Question n°3 : (ne cochez qu'une seule case)

Lorsque vous êtes installé(e) dans le fauteuil, en attendant que le (la) dentiste prépare la fraise avec laquelle il (elle) s'apprête à soigner vos dents, comment vous sentez-vous ?

- Détendu(e) (1pt)
- Pas tout à fait à l'aise (2pts)
- Tendue(e) (3pts)
- Angoissé(e) (4pts)
- Je serai tellement anxieux(se) que certaines fois je pourrais transpirer ou avoir presque envie de vomir (5pts)

Question n°4 : (ne cochez qu'une seule case)

Lorsque vous êtes assis(e) sur le fauteuil pour un nettoyage de vos dents, pendant que le (la) dentiste prépare les instruments qu'il (elle) va utiliser pour racler vos dents à côté des gencives, comment vous sentez-vous ?

- Détendu(e) (1pt)
- Pas tout à fait à l'aise (2pts)
- Tendu(e) (3pts)
- Angoissé(e) (4pts)
- Je serai tellement anxieux (se) que certaines fois je pourrais transpirer ou avoir presque envie de vomir (5pts)

Annexe 2: Questionnaire de prise en charge de la douleur mis en place dans l'UF de Consultations d'Accueil Santé Urgence



URGENCES ODONTOLOGIQUES - PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

IDENTIFICATION DU PATIENT

N° Identification

NIP :

Age :

Sexe :

Difficultés de compréhension (handicap, langue ...) :

Pathologies générales :

MOTIF DE L'URGENCE :

Nouveau patient (à faire entrer dans un parcours de soins)	<input type="checkbox"/>
Patient présentant une urgence	<input type="checkbox"/>
Patient adressé par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (Boussole) ou le Centre de Rétention	<input type="checkbox"/>
Patient demandant un avis de traitement (Prothèses) ou un bilan de santé (Armée)	<input type="checkbox"/>

DOULEURS : OUI NON

Si Non, précisez :

Le patient se présente pour un bilan dentaire	<input type="checkbox"/>
Le patient se présente pour un avis	<input type="checkbox"/>
Le patient se présente pour un suivi d'urgence (patient venu il y a moins d'une semaine)	<input type="checkbox"/>
Autre : ...	<input type="checkbox"/>

PATIENT ADRESSÉ OU AYANT CONSULTÉ AU PRÉALABLE pour le même motif : OUI NON

Si oui, précisez :

Chirurgien-Dentiste traitant	<input type="checkbox"/>
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>
Urgences Médicales, SOS médecin	<input type="checkbox"/>
Centre de Rétention	<input type="checkbox"/>
Permanence d'Accès Aux Soins (Boussole)	<input type="checkbox"/>
Ami, Famille	<input type="checkbox"/>
Autre : ...	<input type="checkbox"/>

LE PATIENT SUIT-IL UN TRAITEMENT EN RAPPORT AVEC L'URGENCE : OUI NON

Si oui, précisez :

Traitement prescrit par ...	<input type="checkbox"/>
Automédication	<input type="checkbox"/>
Nature du traitement : ...	

DIAGNOSTIC : ...

GESTE THÉRAPEUTIQUE ENVISAGÉ : ...

1. ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR AVANT LE GESTE THÉRAPEUTIQUE :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ÉVALUATION DU COMPORTEMENT DU PATIENT :

Coopérant	<input type="checkbox"/>
Coopérant mais anxieux, inquiet	<input type="checkbox"/>
Phobique, paniqué, à persuader	<input type="checkbox"/>
Non Coopérant	<input type="checkbox"/>
Refus de soins	<input type="checkbox"/>
Refus de soins mais change d'avis après information	<input type="checkbox"/>

ANESTHÉSIE LOCALE OU LOCO-RÉGIONALE : OUI NON

Type d'anesthésie	AL	<input type="checkbox"/>
	ALR	<input type="checkbox"/>
Nombre de carpules de solution anesthésique : ...		

3. ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR APRÈS L'ANESTHÉSIE, avant le geste thérapeutique :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR APRÈS LE GESTE THÉRAPEUTIQUE, avant l'accompagnement à la régie :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. REMARQUES

Difficulté lors de l'anesthésie : ...

Difficulté lors du geste thérapeutique : ...

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DU PATIENT CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE, LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ... :

Très satisfait	<input type="checkbox"/>
Satisfait	<input type="checkbox"/>
Insatisfait	<input type="checkbox"/>

En cas d'insatisfaction, merci de préciser : ...

PRESCRIPTION : OUI NON

Si oui, précisez : ...

SUIVI DU PATIENT suite à la consultation d'urgence :

Patient suivi par un praticien en ville		<input type="checkbox"/>
Patient venu spontanément, à intégrer dans le parcours de soins	UF du Pôle : ...	<input type="checkbox"/>
	Autre UF des HUS : ...	<input type="checkbox"/>
	Infirmière du Centre de Rétention (contact pour le suivi)	<input type="checkbox"/>
	PASS (boussole)	<input type="checkbox"/>
	Centre Antidouleur	<input type="checkbox"/>
	Autre : ...	<input type="checkbox"/>
Patient déjà suivi dans le pôle		<input type="checkbox"/>

REMARQUES :

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1: ECHELLE NUMERIQUE ET ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE MISES A DISPOSITION.....	35
FIGURE 2: TABLEAU RECENSANT LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ET MODALITES D'ACCES A L'UF CASU	37
FIGURE 3: DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE SEXE	38
FIGURE 4: MOYENNE D'AGE DE LA POPULATION	38
FIGURE 5: DISTRIBUTION DE LA POPULATION EN FONCTION DES CLASSES D'AGE	39
FIGURE 6: REPARTITION SELON LE SEXE AU SEIN DE CHAQUE CLASSE D'AGE	39
FIGURE 7: PROPORTION DE PATIENTS SE PRESENTANT EN CONSULTATION AVEC UNE DOULEUR.....	40
FIGURE 8: REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION.....	41
FIGURE 9: MODALITES D'ACCES A LA CONSULTATION	41
FIGURE 10: REPARTITION PAR CATEGORIES D'URGENCES	42
FIGURE 11: DIAGNOSTICS ET MOTIFS DE CONSULTATION.....	43
FIGURE 12 : PREMEDICATION ET DOULEUR	44
FIGURE 13 : TYPE DE PREMEDICATION	44
FIGURE 14 : DOULEUR ET TRAITEMENT	45
FIGURE 15 : COMPORTEMENT DU PATIENT	46
FIGURE 16 : TABLEAU RELEVANT L'INTENSITE DE LA DOULEUR AUTO-EVALUEE.....	47
FIGURE 17 : INTENSITE DE LA DOULEUR	48
FIGURE 18 : TABLEAU RELEVANT L'EVOLUTION DE LA DOULEUR AU COURS DE LA CONSULTATION	50
FIGURE 19 : REPARTITION DES PRESCRIPTIONS.....	51
FIGURE 20 : SPECIALITES PRESCRITES.....	51
FIGURE 21 : PRESCRIPTIONS SELON LE PALIER DE DOULEUR INITIALE	52
FIGURE 22 : GESTES THERAPEUTIQUES REALISES.....	53
FIGURE 23 : NECESSITE D'UNE ANESTHESIE DURANT LE SOIN	54
FIGURE 24 : REPARTITION DU NOMBRE D'ANESTHESIES REALISEES EN FONCTION DE L'URGENCE.....	55
FIGURE 25 : REPARTITION DES TECHNIQUES ANALGESIQUES MISES EN PLACE EN FONCTION DE L'URGENCE	56
FIGURE 26 : DOSE MOYENNE DE SOLUTION ANESTHESIQUE	57
FIGURE 27 : DOULEUR A LA SORTIE DU CASU EN FONCTION DE LA DOULEUR A L'ADMISSION	58
FIGURE 28 : SUIVI DU PATIENT	59

BIBLIOGRAPHIE

1. Davarpanah M., Caraman M., Abdul-Sater S., Jakubowicz-Kohen B., Kebir-Quelin M., Agachi A. *La chirurgie buccale : nouveaux concepts*. Paris : Editions CdP - Collection mémento, 2005. p. 158.
2. **Code de la Santé Publique**. [article L710.3.1].
3. **ADF/SOFRES, Enquête**. *Les satisfactions et attentes des patients à l'égard de leur chirurgien dentiste*. 1997.
4. **ANAES**. *Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans*. Recommandations pour la pratique clinique. 2000.
5. **Merskey H., Bogduk N.** *Classification of chronic pain*. IASP Task force on taxonomy. 2eme edition. Seattle : IASP press, 1994. pp. 59-76.
6. **Vincent B., Horle B., Wood C.** *Evaluation de la douleur de l'enfant*. Paris : Encyclopédie Med Chir, Pédiatrie, 2009.
7. **Pionchon P.** *La douleur en questions*. Ministère de la santé. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_douleur_en_questions-2.pdf.
8. **Price D.** *Psychological mechanism of pain and analgesia - progress in pain research and management*. Seattle : IASP Press, 1999. pp. 1-14. Vol. 15.
9. **Scherpereel**. *La douleur*. Lille : <http://w3med.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/mod-transv/module06/item65/la%20douleur.pdf>.
10. **Vonkorpff M., Leresche L.** *First on set of common pain symptoms : a prospective study of depression as a risk factor*. *Pain*. 1993, 55 (2), pp. 251-258.
11. **Melzarck R.** *L'aspect multidimensionnel de la douleur*. Paris : Maloine, 1997.
12. **Türp JC., Hugger A., Schindler H.** *Classifications des diagnostics des douleurs oro-faciales dans les cabinets dentaires*. *Schweiz Monatschr Zahnmed*. 2004, Vol. 114(5), 467-472.
13. **Türp JC., Schindler HJ., Pritsch M., et al.** *Antero-posterior activity changes in the superficial masseter muscle after exposure to experimental pain*. 2002. Vol. 110, pp. 83-91.
14. **Rapahel G., Marbach JJ.** *Widespread pain and the effectiveness of oral splints in myofascial face pain*. 2001, *J Am Dent Assoc*, Vol. 132, pp. 305-316.
15. **Piette, Goldberg.** *La dent normale et pathologique*. Bruxelles : De Boeck Université, 2001.
16. **Robin O.** *Mécanismes physiologiques de la douleur endodontique*. *Rev Fr Endod*. 1993. 12(4), pp. 15-26.
17. **Andrew D., Matthews B.** *Displacement of the contents of dentinal tubules and sensory trasnduction in intradental nerves of the cat*. *J Physiol*. 2000, Vol. 529, pp. 791-802.
18. **Farouki N., Serres M., et al.** *Le livre de la médecine*. s.l. : Le Pommier, 2001.
19. **Byers MR., Bonicz JJ.** *Peripheral pain mechanisms and nociceptor plasticity*. New York : Lippincott Willians & Wilkins, 2003.
20. **Bahreini M., Jalili M.** *A comparison a three self-report pain scales in adults with acute pain*. *The Journal of Emergency Medicine*. 2014, 27 septembre.
21. **Durand**. [En Ligne] www.samu.asso.nc/Cours_douleur/Seminaire_2/Douleur%20aus%20Urgences.htm.
22. **Dictionnaire Larousse**.
23. **Dictionnaire Larousse Médical**.

- 24. Humphris G, King K.** *The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences.* Journal of Anxiety Disorders. 2010, Vol. 25, p. 232.
- 25. Poulton R., et al.** *Determinants of early versus late onset dental fear in a longitudinal epidemiological study.* Behavior Research on Therapy. 2001. 39, p. 777.
- 26. Lagouche P.** *Corrélation entre anxiété et état bucco-dentaire des patients vus au sein de l'Unité Fonctionnelle Consultations Accueil Santé Urgence de Strasbourg.* [Thèse d'exercice]. Strasbourg, 2014.
- 27. Zunzarren R.** *Guide clinique d'odontologie.* Bordeaux : Elsevier Masson, 2012.
- 28. Gaudy JF., Arreto CD.** *Manuel D'analgésie En Odontostomatologie.* Paris : Masson, 1999.
- 29. Machtens E., Cunitz G.** *Anesthésie en odontostomatologie.* Paris : Masson, 1987.
- 30. AFSSAPS.** *Mise au point : prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. Recommandations après le retrait des associations dextropropoxyphène/paracétamol et dextropropoxyphène/paracétamol/caféine.* mai 2011.
- 31. Daller R.** *Choix des antalgiques en odontologie.* Réalité clinique. 1994, Vol. 5, n°2, pp. 161-171.
- 32. [En ligne]** <http://www.centre-orthopedique-santy.com/site/patients/fiches/je-sais-comment-ma-douleur-aigue-peut-etre-evaluee.htm>.
- 33. Ilgüy D. et al.** *Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patient.* The Journal of International Medical Research. 2005, Vol. 33, p. 252.
- 34. Schuller AA., et al.** *Are there differences in the oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear.* Community Dentistry Oral Epidemiology. 2003, Vol. 31, p. 116.
- 35. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.** *La douleur en questions.* novembre 2008.
- 36. Berthier F., Le Conte P., Garrec F., Potel G., Baron D.** *Analyse de la prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'accueil et d'urgence.* Réan Urg. 1998. Vol. 7, pp. 281-5.
- 37. Milojevic K., Cantineau JP., Baitaille S., Ruiz R., Coudert B., Simon N., Lambert Y et groupe DASSY.** *Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clés d'une analgésie efficace.* Ann Fr Anest Réanim. 2001. Vol. 20, pp. 745-51.
- 38. Tempelhoff C., Templehoff G.** *La douleur dans les services d'accueil et d'urgence : état des lieux, étude multicentrique.* Réanim Urgences. 1993. Vol. 2, pp. 326-30.
- 39. Ricard-Hibon A., Belpomme V., Chollet C., et al.** *Compliance with a Morphine Protocol and Effect on Pain Relief in Out-of-Hospital Patients.* Journal Emerg Med. 2008. 34, pp. 305-310.
- 40. Tcheny-Lessenet S., Karwowski-Soulié F., Lamache-Vadel A., et al.** *Management and relief of pain in an emergency department from the adult patients perspective.* Journal of Pain Symptoms. Monaco : s.n., 2003. 25, pp. 539-546.
- 41. Neuwirth L.** *Prendre en charge la douleur.* Rapport du Sénat. 1994-1995. Vol. n°138.

MARTINAGE (Anne-Cécile) - Douleurs et urgences en Médecine bucco-dentaire : prise en charge en service hospitalier d'urgences bucco-dentaires / par Anne-Cécile MARTINAGE – 2015 – 70f : graph
(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. Odontol. : Strasbourg : 2015 ; 48) N°43

Rubrique de classement : urgences bucco-dentaires

Mots clés : Enquête

CASU

Douleur

Prise en charge

MARTINAGE (Anne-Cécile) - Douleurs et urgences en Médecine bucco-dentaire : prise en charge en service hospitalier d'urgences bucco-dentaires. (Thèse : 3^{ème} cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2015 ; N°48)
N°43.22.15.48

La douleur : chacun en a déjà fait l'expérience et pourtant elle reste un phénomène complexe, difficile à interpréter du fait de sa diversité d'expression et de sa variabilité individuelle. Nous traiterons dans une première partie de la douleur et de ses méthodes d'évaluation en contexte d'urgence. Puis dans une seconde partie nous évoquerons les différentes situations d'urgences dentaires douloureuses auxquelles nous sommes confrontés en Consultations d'Accueil Santé Urgences, et nous décrirons les moyens mis en œuvre sur le plan thérapeutique, anesthésique et chimique afin de prendre en charge la douleur. Enfin dans une dernière partie nous exposerons les résultats d'une étude menée en Consultations d'Accueil Santé Urgences au Pôle de médecine et de chirurgie bucco-dentaire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Me SH : Survey

Pain

Dental care

Emergency department

JURY :

Président : Madame Professeur Anne-Marie MUSSET

Assesseurs : Monsieur le Professeur Florent MEYER
Madame le Docteur Sophie BAHY-GROSS
Monsieur le Docteur Damien OFFNER

ADRESSE DE L'AUTEUR :

A-C. MARTINAGE, 18 rue de la Rheinmatt, 67100 STRASBOURG