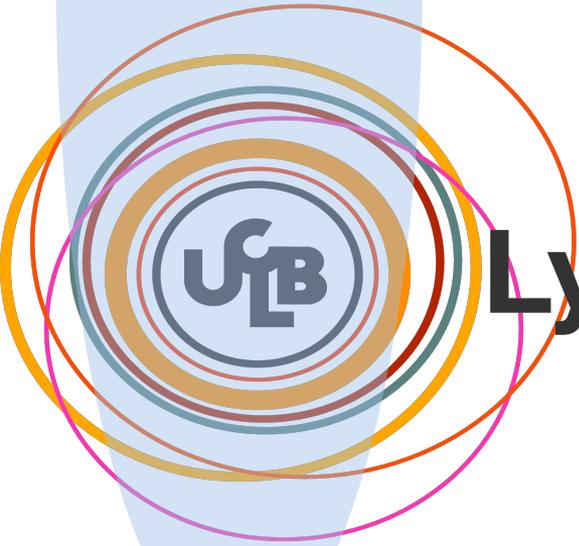


RECOMMANDATIONS EN ODONTOLOGIE POUR le patient à risque



Lyon 1

ARNAUD LAFON
MCU – PH

Faculté d'Odontologie de Lyon
Université Claude Bernard Lyon 1

Service de Consultations et de Traitements Dentaires



Hospices Civils de Lyon

TERRAIN PARTICULIER à risque

GESTION ADAPTÉE → Recourir aux recommandations

- Il l'exprime selon son mode d'expression, en fonction de son vécu mais aussi en fonction des ses Antécédents médicamenteux ou pathologiques
 - Age extrême de la vie
 - Conduites addictives
-
- VERSANT PHYSIOLOGIQUE
 - VERSANT PATHOLOGIQUE
 - VERSANT PHARMACOLOGIQUE
 - VERSANT ÉMOTIONNEL

TERRAIN PARTICULIER

GESTION ODONTOLOGIQUE ADAPTÉE

- VERSANT CURATIF « *Primum non nocere* »
 - Traité dans cette exposé pour les terrains particuliers
- VERSANT PRÉVENTIF
 - Avant l'intervention (ANTÉCÉDENTS, MR, Ordonnance pré-opératoire, Explications rassurantes, approche psychogène adaptée)
 - Pendant l'intervention (Anesthésiques locaux, ambiance détendue, carpules anesthésiques chauffées)
 - Après l'intervention (Glace, Laser, respects des conseils post-op, alimentation froide lactée, arrêt tabac, repos)
 - Surveillance post-op si besoin (risque hémorragique, décompensation d'une pathologie instable, syncope, malaise)

GÉRER UN TERRAIN PARTICULIER à risque :

OBJECTIF 1

- Identifier le terrain particulier
- Cibler les éléments médicaux essentiels



OBJECTIF 2

- Adaptation Thérapeutique
- PK PD



OBJECTIF 3

- Evaluer le **Bénéfice/**
Risque

*Un terrain particulier peut expliquer à lui seul une douleur buccodentaire
→ répercussion buccale d'une pathologie d'organe ou effet indésirable d'un médicament*

Sources des recommandations

<http://www.afsos.org>
<http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>
<http://lecrat.fr>
<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>
<http://vigitox.cap-lyon.fr>
<http://societechirorale.com/fr/sfco/recommandations>
<http://www.cri-net.com>

Adapter la prescription
ÉVITER sur et sous dosage
« Primum non nocere »

EFFET INDÉSIRABLE (EI) : DÉFINITION

Un EI est une réaction nocive et non voulue, se produisant aux posologies usuelles et recommandées ou habituellement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie , le diagnostic ou le traitement d'une maladie: OMS ,1972

Plus de 15 000 morts chaque année en France imputables aux EI des MD

- Beaucoup d'études sur les AVK
- Pb avec les neuroleptiques et les morts par torsades de pointes (arrêt cardiaque par troubles du rythme surtout chez les patients polymédiqués)
- EI découverts après l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) correspondant à la phase IV. Données collectées et analysées dans les Centres Régionales de pharmacovigilance (CRPV) puis étudiées à l'ANSM

EI : DES SCANDALES DE SANTÉ PUBLIQUE

- DES SCANDALES qui rappellent la responsabilité du prescripteur dans l'utilisation des MD → !! Interaction de patients polymédiqués
- Benfluorex (Médiator®) AMM en 1975 pour les hyperglycémies et le diabète de type 2 en surcharge pondérale → responsable de valvulopathies et d'hypertension artérielle pulmonaire découverte à partir des années 2000 (MD surveillé dans le centre de PV-Pharmaco-Vigilance de Toulouse), le MD est interdit en 2009
- Phocomélie : Malformation congénitale grave liée à la transformation métabolique du thalidomide chez la femme enceinte au niveau placentaire



2. Fréquence, Origine des EI

CLASSIFICATION SELON LA FRÉQUENCE :

- + EI fréquent, si fréquence de survenue $> 5\%$
- + EI occasionnel, si fréquence de survenue située entre 0.1% et 5%
- + EI rare, si fréquence de survenue $< 0.1\%$

EI évitable → acquérir 3 réflexes en clinique

- Le réflexe iatrogénique : rechercher les interactions médicamenteuses en cas d'apparition de tout nouveau symptôme
- Le réflexe pharmacologique : connaître, prédire et anticiper les EI connus des médicaments → Utilisation de Thériaque

Le réflexe de pharmacovigilance : faire une déclaration d'EI inattendus

PHARMACOCINÉTIQUE DES MD ET TERRAIN À RISQUE

GROSSESSE

ALLAITEMENT

NOURRISSON

ENFANT

**SEXE -
ÉTHNICITÉ**

VIEILLARD

MODE DE VIE

**GÉRER SELON
L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE**

The diagram features a central blue oval with the text 'GÉRER SELON L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE'. Four black arrows point towards this central oval from four surrounding light blue shapes. The top-left shape is an oval containing 'GROSSESSE' and 'ALLAITEMENT'. The top-right shape is a large circle containing 'NOURRISSON' and 'ENFANT'. The bottom-left shape is a large circle containing 'SEXE - ÉTHNICITÉ' and 'MODE DE VIE'. The bottom-right shape is a large circle containing 'VIEILLARD'.

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA GROSSESSE



- Variations de la:
 - + Pharmacocinétique et
 - + Pharmacodynamie des médicaments

Au cours de cette période, il y a également la présence d'un compartiment pharmacocinétique supplémentaire constitué:

- par le fœtus
- ses annexes (liquide amniotique et placenta).

NB: Donc durant cette période, un médicament s'adresse à 3 entités physiologiques bien distinctes: mère, embryon ou fœtus, placenta.

LA GROSSESSE



Modifications hémodynamiques
sont liées à l'augmentation des débits sanguins

débit cardiaque (50%)

Volume des globules
rouge augmente
d'environ 20%

Volume
plasmatique
augmente de 50%
Hypoalbuminémie

débit rénal et Hq(50%)

Métabolisme augmenté

débit de perfusion de l'utérus

Il en résulte un changement de la **cinétique de distribution** des médicaments dans l'organisme

Donc, il y a une **augmentation de l'excrétion rénale des MD**

La prescription doit être adaptée en respectant les posologies usuelles

CONSÉQUENCES TOXIQUES DES MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS À LA MÈRE:

Pour la mère elle même

Les modifications PK induites par la grossesse peuvent :

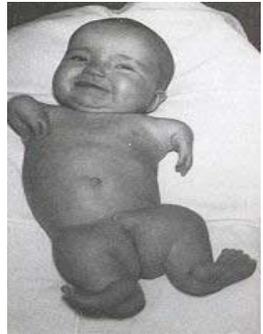
- entraîner une **baisse des concentrations sanguines**, donc de l'efficacité de certains MD: phénytoïne, *acide valproïque*, carbamazépine

MÉTABOLISATION DES MÉDICAMENTS MODIFIÉS

+ Augmentation du métabolisme hépatique de la maman

+ *Métabolisme placentaire* → *la plupart des MD passent le placenta*
Activité métabolique faible (2% de celle de l'adulte).

- cependant, *malformations* possibles liées à la transformation métabolique des médicaments au niveau placentaire par activation métabolique du MD : *thalidomide*



OBJECTIFS ET RÈGLES THÉRAPEUTIQUES DURANT LA GROSSESSE

- Evaluer le B/R pour la **mère** et son **enfant**

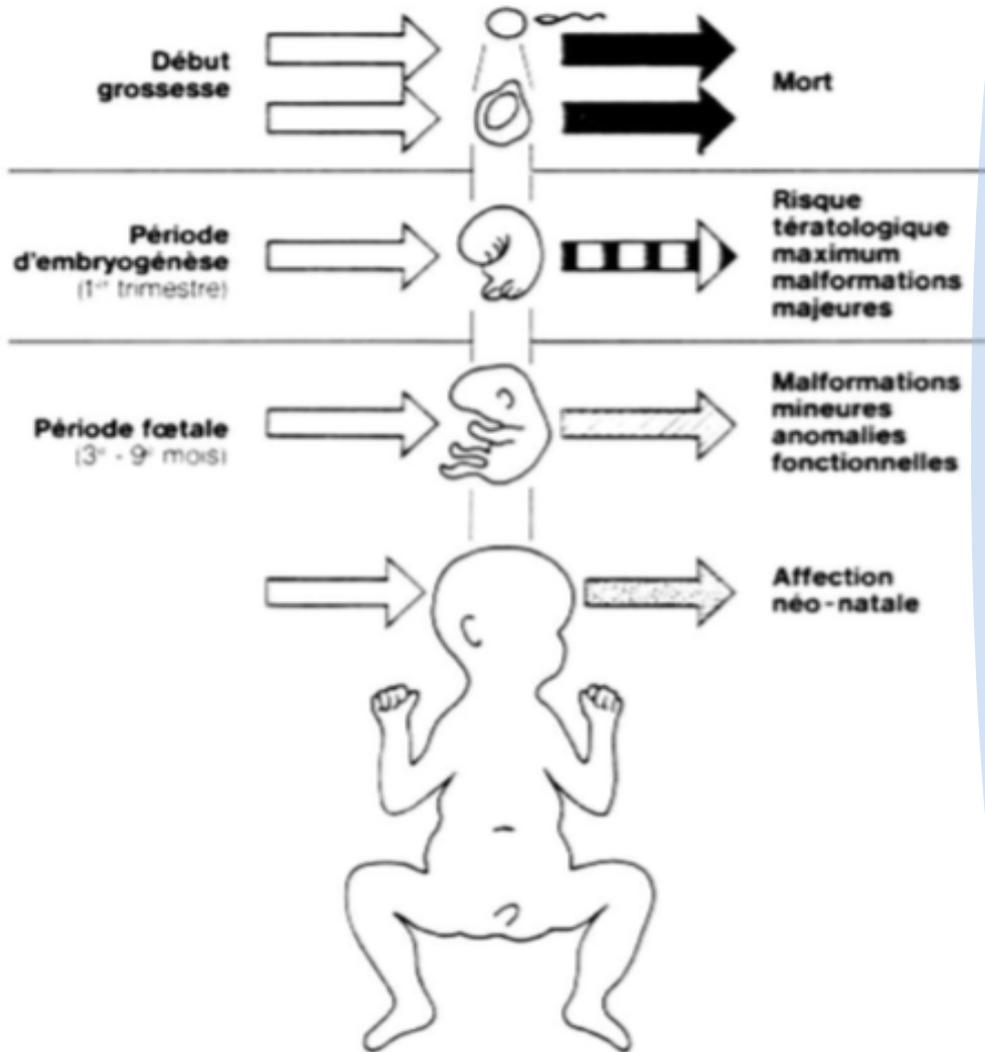
- + éviter, *si possible*, de traiter une femme enceinte au **premier trimestre de la grossesse**

- + recours, *si possible*, aux traitements non médicamenteux

- + **préférer aux nouveaux médicaments ceux bénéficiant d'un recul quant à la sécurité de leur utilisation pendant la grossesse**

- + *administrer la dose minimale efficace* et pour une durée de traitement la plus courte possible

- + *préférer les médicaments à un seul principe actif*



- **GAMÉTOGÉNÈSE**
 - Baisse de fertilité, mort des gamètes
- **SEGMENTATION (2 s)**
 - **Loi du tout ou rien**
- **EMBRYOGÉNÈSE (3 à 12 s)**
 - **Effets tératogènes** des médicaments
- **PÉRIODE FCÉTALE (13 à 36 s)**
 - **Effets toxiques**
- **PÉRIODE NÉONATALE**
 - A la naissance, risque d'intoxication fœtale (syndrome de sevrage)
 - Système enzymatique immature

Risques médicamenteux pour le futur enfant en fonction de l'âge de la grossesse (D'après ENNEZAT PV. 2005)

FOETOTOXICITÉ

- FERMETURE PRÉMATURÉE DU CANAL ARTÉRIEL (AINS)
- PÉRIODE NÉONATALE
- DÉPRESSION RESPIRATOIRE CODÉÏNE

MD tératogènes présentent une **spécificité d'organes ou de système**:

- ° **lithium**: malformations cardiovasculaires
- ° **MTX**: malformation du tube neural
- ° **thalidomide** affecte le squelette et les membres
- ° **réтиноïdes**: dysmorphie craniofaciales, anomalies du cœur, de l'arc aortique, de la rétine
- ° **warfarine**: hypoplasie des os du nez
- ° **diéthylstilbestrol**: dysplasie du vagin, adénocarcinome
- ° **iodes**, surtout radioactif: fixation sur thyroïde fœtale responsable de l'hypothyroïdie

RÉCEMMENT **Dépakine (VALPROATE)** → malformations et troubles du développement

Période fœtale (J 61- Fin):

Période de maturation et de croissance des organes en place.

NB: Durant la période fœtal, il n'y a pas de malformations mais troubles du développement du cerveau ou hypotrophie fœtale :

Les anomalies imputables à un M. sont plus fonctionnelles qu'anatomiques

Quelques exemples:

- au niveau du SNC :

- + **syndrome gris** (chloramphénicol),
- + **syndrome de sevrage** (benzodiazépines, codéine),
- + **convulsions** (théophylline, isoniazide),
- + **retard de développement** (antiépileptiques) ;

- au niveau cardiovasculaire :

- + **fermeture** prématurée du canal artériel (AINS),
- + **hémorragies** néonatales (anticoagulants oraux),
- + **bradycardie** (bêtabloquants)
- + **tachycardie** (bêtastimulants)

- au niveau endocrinien : **hypothyroïdie** (lithium, iode) ;

- au niveau du squelette : **retard de développement** (AB: tétracyclines) ;

- au niveau des organes de sens : **ototoxicité** (AB: aminosides).

AB =antibiotiques

CAT: elle dépend de la nature du médicament utilisée et est basée sur les recommandations des organismes scientifiques spécialisés: FDA, par exemple

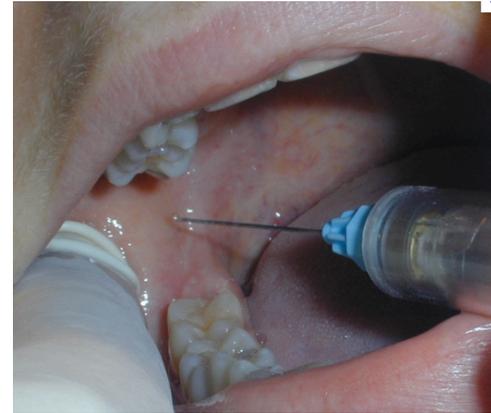
Catégories/CAT	Tératogénéicité	Foetotoxicité	Administration/exemple
<i>A</i>	NON	NON	Oui/ Acide folique.
<i>B</i>	NON	Oui (étude A.) Non (études H)	Oui/amoxicilline, spiramycine
<i>C</i>	Pas de données A	Pas de données H	Prescription si le bénéfice pour la mère justifie le risque pour le fœtus/aspirine, sumatriptan
<i>D</i>	Oui études H	Oui études H	Oui si <i>INDISPENSABLE</i> pour la mère/ Cyclines, Aminosides
<i>X</i>	Oui	Oui	Non/Dihydroergotamine, Isotrétinoïne, Misoprostol, mifépristone (mifégyne) Thalidomide, Diéthylstilbestrol (Distilbène).
<i>Classification de FDA (Food and Drug Administration) : A: animale; H: humaine</i>			

	PARACÉTAMOL	AINS	CODEINE	TRAMADOL	MORPHINE	AIS (cure courte)
2-12 SA Embryogénèse	1 ^{ère} intention 4g/j	CI	Autorisé – manière ponctuelle	CI – études insuffisantes (présumé non tératogène)	Données rassurantes	CI au long court– suspicion retard croissance)
13-20 SA Maturation	1 ^{ère} intention 4g/j	CI	Autorisé – manière ponctuelle	CI – études insuffisantes (présumé non foetotoxique)	Syndrome de sevrage	Autorisé
21-36 SA Maturation	1 ^{ère} intention 4g/j	CI – Foetotoxique (fermeture canal artériel, HTA et dommage rénal)	CI – syndrome de sevrage	CI – (foetotoxique)	Syndrome de sevrage	Autorisé
37 SA (terme)	1 ^{ère} intention 4g/j	CI – risque hémorragique Accouchement prolongé (inhibition Pg)	CI – foetotoxique (sédation, trouble succion, apnée, hypothermie)	CI – (foetotoxique)	Syndrome de sevrage, détresse respiratoire	Autorisé

GROSSESSE ET ANESTHÉSIE



- Adaptation posologique nécessaire pendant la grossesse
 - → réduire les doses d'environ 20 à 30 %
 - Rémanence plus importante car distribution de graisse augmente la distribution des **molécules liposolubles** → RESPECTER DES DOSES!
- Concentrations plasmatiques faibles si respect des doses : aucune conséquence foétale ou embryologique n'est à craindre (articaïne, lidocaïne, mépivacaïne)
- Adjonction d'un agent vasoconstricteur recommandée (adrénaline ou noradrénaline)



L'ANESTHÉSIE : rappels toxicité

– ANESTHÉSIIQUES LOCAUX SOUS FORME DE GEL

- Lidocaïne, prilocaïne → toxicité neurologique (agitation, angoisse, tremblement, convulsion) et toxicité cardiaque (bradychardie, troubles de la conduction, collapsus, arrêt cardiaque) → accident de surdosage (crise de porphyrie)

– ANESTHÉSIIQUES LOCAUX INJECTABLES

- Toxicité neurologique, cardiaque. Effets ionotropes et dromotropes négatifs. → en cas de surdosage ou d'injection intravasculaire les signes de toxicité neurologique précèdent ceux de la toxicité cardiaque (choc toxique)
- Adrénaline → attention si HTA, risque d'ischémie coronaire, d'arythmie, d'hyperthyroïdie, Contre indiquée si phéochromocytome (voir recommandations SFCO http://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations_vasoconstricteurs.pdf)

EN BREF



- Respecter les posologies
- Paracétamol en 1^{ère} intention
- AINS
 - → **contre indication** au cours de la grossesse
- Palier 2&3
 - CODÉINE EN 1^{ÈRE} INTENTION MAIS GÉRER LE SEVRAGE si proche du terme
- Morphine
 - cure courte et suivi nécessaire pour gérer l'insuffisance respiratoire

CONTRE INDICATION DE LA CODÉINE AU COURS DE L'ALLAITEMENT



- Passage de la codéine et de son métabolite actif (la Morphine) dans le lait maternel
- → exposition à un risque de toxicité morphinique si les femmes qui allaitent sont métaboliseurs rapides CYP2D6
- → codéine contre-indiquée

<http://vigitox.cap-lyon.fr/revues/54/articles/276>

SI exposition

Sources d'informations

- L'un des 31 centres de pharmacovigilance (CRPV)
- Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT):<http://www.lecrat.org>
- Application gratuite sur smartphone : LactMed@NIH



PHARMACOCINÉTIQUE DES ANTALGIQUES ET TERRAIN PARTICULIER

GROSSESSE

ALLAITEMENT

NOURRISSON

ENFANT

**SEXE -
ÉTHNICITÉ**

VIEILLARD

MODE DE VIE

**GÉRER SELON
L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE**

The diagram features a central blue oval with the text 'GÉRER SELON L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE'. Five black arrows point towards this central oval from surrounding light blue ovals. The surrounding ovals contain the following text: 'GROSSESSE' and 'ALLAITEMENT' (top left), 'NOURRISSON' and 'ENFANT' (top right), 'SEXE - ÉTHNICITÉ' (middle left), and 'VIEILLARD' (middle right). At the bottom left, the text 'MODE DE VIE' is also present. The arrows indicate that all these factors contribute to the management of analgesics based on the patient's physiological state.

ENFANT ET NOURRISSON



- IMMATURITÉ HÉPATIQUE, RÉNALE et CÉRÉBRALE
 - Retard élimination des médicaments
 - fonction rénale ralentie
 - Diffusion rapide des MD par immaturité de la barrière hémato-encéphalique : sensibilité accrue à la morphine et aux anesthésiques
- SÉQUESTRATION des médicaments par le tissu osseux en croissance (tétracyclines CI femme enceinte, allaitante, enfant)



ENFANT ET NOURRISSON

- **ATTENTION AU SURDOSAGE**
- CONTRE INDICATION DE LA CODÉINE (jusqu'à 15 ans)
 - → CODENFAN RETIRÉ DE LA VENTE DEPUIS LE 19 MARS 2015
 - RISQUE D'ACCUMULATION EN CAS D'INSUFFISANCE RÉNALE OU D'IMMATURITÉ HÉPATIQUE
 - CAS SIGNALÉS A LA PHARMACOVIGILANCE D'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE PAR TRAITEMENT INADAPTÉ
- CONTRE INDICATION CYCLINES ET FLUORO-QUINOLONE
 - Séquestration dans les tissus dentaire
 - Atteinte du cartilage articulaire



CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

- Respect du **poids** de l'enfant
- **Forme galénique adaptée** à l'âge
- Contre indication des formes solides (gélules,cp) < 6 ans
- **Observance** nécessite une information de l'enfant et des parents
- Respect des contres indications
- Paracétamol en 1^{ère} intention



• PARACÉTAMOL

- Meilleur rapport B/R
- Respect dose /r poids (60 mg/kg/j) → **Intoxication**



• MORPHINE

- Prescription exceptionnelle → TRAMADOL CAR CODÉINE CI
- Indication : douleurs non calmées par paracétamol et CI aux AINS

• AINS (*ibuprofène, kétoprofène, acide tiaprofénique, acide niflumique*)

- Cure <5j car toxicité rénale et gastro-intestinale (ulcère, hémorragie), allergie, masque les signes infectieux
- ! incertitude : risque infectieux pendant la varicelle



• AMOXICILLINE

- Meilleur rapport B/R
- Respect dose /r poids (50 mg/kg/j) → **Intoxication**



• SPIRAMYCINE

- Prescription en cas d'ALLERGIE amoxicilline
 - !! Azithromycine → ototoxique (acuphène, vertiges, hypoacousie)

• FLUOROQUINOLONES Contre indication

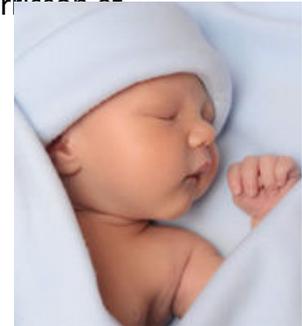
- atteinte des cartilages articulaires pendant la période de croissance

• TÉTRACYCLINES Contre indication

- colorations permanentes des dents et hypoplasie de l'émail après le 4^{ème} mois de grossesse, chez le nourrisson et l'enfant de moins de 8 ans

• HYDROXIZINE – CLONAZÉPAM DIAZEPAM

- Solution buvable pour l'enfant de – de 6 ans à diluer dans de l'eau
- ATARAX 0,05 à 0,1 mg/kg/j Hyposécrétion salivaire par effet anticholinergique
- RIVOTRIL 1 mg/kg/jour Hypersécrétion salivaire ou VALIUM (0,5 mg/kg)
THERALENE (0,5 mg/kg) alimémazine / GARDÉNAL (5 mg/kg) phénobarbital
- Élimination hépatique



ENFANT : ASPIRINE

!BALANCE B/R défavorable

ibuprophène

- 100 décès chaque année en France
- Risque de Syndrome de REYE si pathologie virale : VARICELLE
→ risque encéphalopathie, stéatose, hypoglycémie
- Si hyperthermie pas d'AINS → PARACÉTAMOL



TRAMADOL



- *Topalgic® et Contramal®*
 - ENFANT > 3 ANS SI ECHEC PARACÉTAMOL
 - Utilisé seul sans antalgique morphinique
 - Posologie → !! Aux surdosage chez l'enfant → CAS DE SURDOSAGE (ANSM)
 - Ansm : Signalements graves d'erreurs médicamenteuses pouvant être fatales par surdosage
 - EI : nausées, vomissements, somnolence, risque d'hypoglycémie
 - CI : épilepsie

CORTICOÏDES

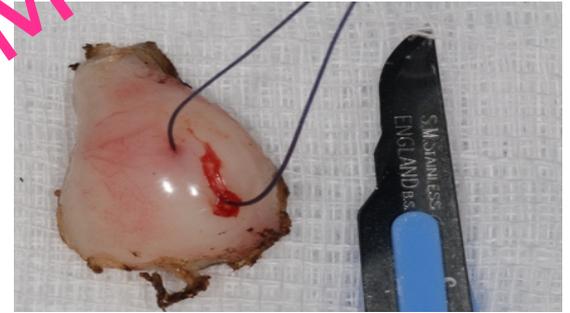
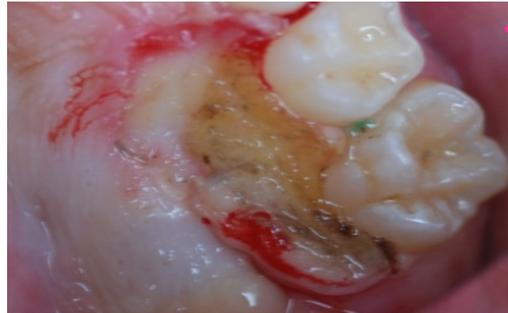
- ◆ EXCELLENT ANTALGIQUE pour l'enfant par son effet anti-oedémateux
- ◆ Pas de contre indications si cure courte

MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE OU ALTERNATIVE
COMMUNICATION NON VERBALE
SÉDATION

Tumeur du palais

- enfant de 5 ans
- anxiété transmise par les parents
- Sédation, AG

COMPOSANTE
ÉMOTIONNELLE



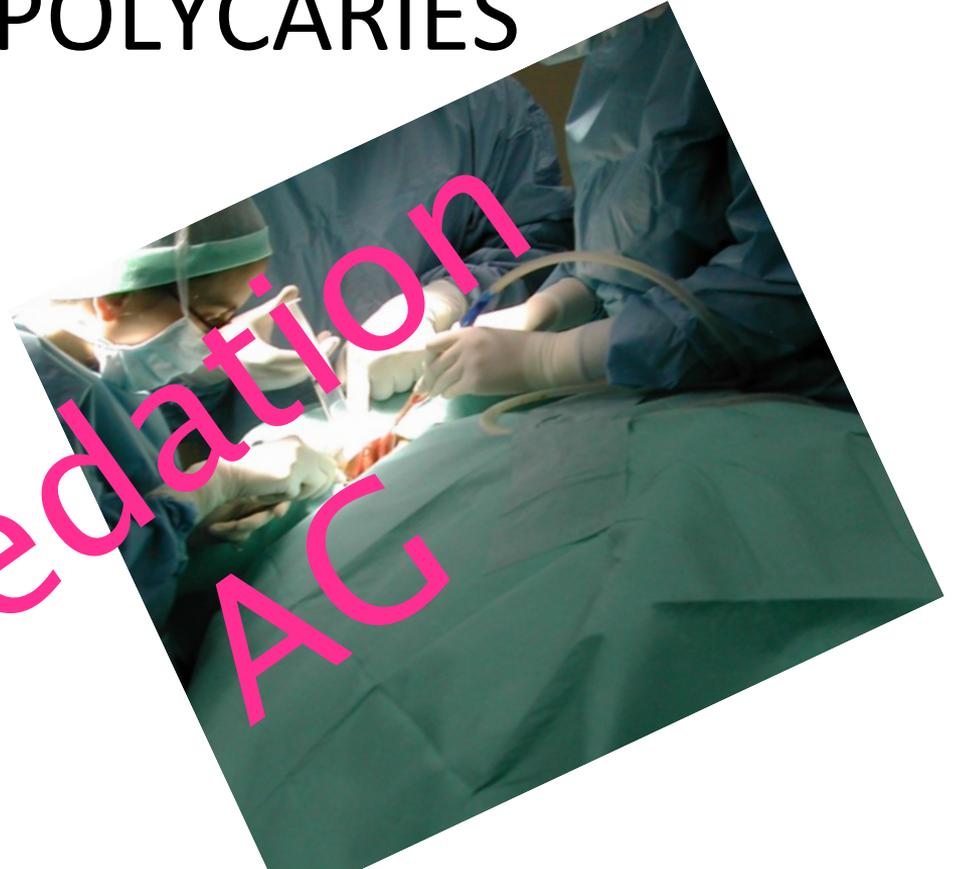
LES SYNDROMES DE POLYCARIES



- La peur de la douleur induit une anxiété incontrôlable si absence de coopération



Sédation
AC



PHARMACOCINÉTIQUE DES ANTALGIQUES ET TERRAIN PARTICULIER

GROSSESSE

ALLAITEMENT

NOURRISSON

ENFANT

**SEXE -
ÉTHNICITÉ**

VIEILLARD

MODE DE VIE

**GÉRER SELON
L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE**

The diagram features a central blue oval containing the text 'GÉRER SELON L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE'. Four arrows point towards this central oval from surrounding light blue ovals. The arrows originate from the following text blocks: 'GROSSESSE' and 'ALLAITEMENT' (top-left), 'NOURRISSON' and 'ENFANT' (top-right), 'SEXE - ÉTHNICITÉ' (middle-left), and 'VIEILLARD' (middle-right). A fifth light blue oval at the bottom-left contains the text 'MODE DE VIE', which is not connected to the central oval by an arrow.

SUJET ÂGÉ



** ALTÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES:

- de la fonction hépatique
- de la fonction rénale (50% à 90 ans)
- baisse du débit cardiaque
 - de l'état vasculaire: hypotension avec antidépresseurs tricycliques (ADTC), diurétiques, vasodilatateurs, benzodiazépines (BZD) → baisse du flux cardiaque, du volume plasmatique ainsi que du **contrôle vasomoteur lors des changements de position**
- ET LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES ...

SUJET ÂGÉ : TERRAIN PHYSIOLOGIQUE SPÉCIFIQUE



- + **Hypoalbuminémie** majeure (**syndromes néphrotiques**, cirrhose du foie, insuffisances hépatique ou rénale) modifient la fixation protéique et augmentent la fraction libre des MD acides faibles.
- → accumulation antalgique, interaction augmentée → Bannir AINS

SUJET ÂGÉ : TERRAIN PHYSIOLOGIQUE



- ° SVT MULTIPLICATION DES ANALGÉSIIQUES: rhumatisme etc... consommation + + +
 - Risque hémorragique (aspirine), UGD, d'insuffisance rénale → EVITER AINS
 - Risque de dépression respiratoire (opiacés) → EVITER CODEINE ET AUTRE OPIOIDES
 - Risque d'ostéoporose → CORTICOIDES en cure très courte

CONCERNANT LA POSOLOGIE

- ° RÉDUIRE DE 10, 20 ET 30% À PARTIR DE 70, 80 ET 90 ANS
- ° OU ESPACER LES PRISES

NB: les fonctions de destructions hépatiques et d'éliminations rénales sont réduites

ANTIBIOTIQUES	BÉTA - LACTAMINES PENICILLINE A Amoxicilline CLAMOXYL	MACROLIDES Spiramycine ROVAMYCINE	Synergistines Pristinamycine PYOSTACINE	Lincosamides Streptomycines clindamycine DALACINE	CYCLINES doxycycline DOXY	IMIDAZOLÉS Métroimidazole FLAGYL	FLORO –QUINOLONES Ciprofloxacine CIFLOX(pas d'AMM)
ÉLIMINATION	Rénale ½ vie : 2h	Hépatique ½ vie : 8h	Hépatique Pic sérique 1 à 2 h ½ vie : 6h	Hépatique Pic sérique 1h ½ vie : 2,5h	Rénale Pic sérique ½ vie : 22h	Rénale et Hépatique Pic sérique : 1h ½ vie : 10h	Rénale
SPECTRE	Large ++ A : Cocci G+ Anarobies M : Staph Association acide clavulanique (inhibiteur bêtalactamases)	Large + Staphylocoques, streptocoques Résistance de Fn	Large+++ Cocci Staphylocoques Streptocoques	Large+++ Aérobies G+ Staphylocoques, Streptocoques Anaérobies (bactéroïdes, Pg, Pi, Fn)	Large+ mais résistances nombreuses Staphylocoques Streptocoques	Étroit – anaérobie stricte (Bacteroides, clostridium difficile, Pi, Fn, Pg) Traite efficacement diarrhée profuse liée au lincosamide	Très large (Staph méti-R, Pseudomonas aeruginosa, streptocoques)
INCONVÉNIENTS	Mauvaise diffusion Surcharge sodée en cas de forte dose si Insuffisance rénale allergie	Toxicité Hépatique, Pb gastrointestinaux Eviter clarithromycine (ZECLAR) ou azithromycine (ZITHROMAX)→ ototoxique	Inhibiteur enzymatique Colites pseudo- membraneuses Hypersensibilité (Toxidermie, oedème)	Résistances Colites à Clostridium difficile	Nombreuses contres indications et effets indésirables Troubles gastro-intestinaux, Photosensibilisation Potentialise AVK, Néphrotoxique et Hépatotoxique Contre Indiqué femme enceinte et enfant de – de 8ans	Resistance a Actinomyces Alcool (effet antabuse) Élévation des transaminases Neutropénie, Agranulocytose MD acide fortement lié à l'albumine	AVK, nausées, douleurs digestives, Arthro-myalgies, leucopénie transitoire
Interférences Médicamenteuses	Augmentation toxicité allopurinol (ZYLORIC) & Méthotrexate	Inhibiteur enzymatique (sauf spiramycine, surtout josacine, érythromycine, clarithromycine) Colchicine Accumulation Ciclosporine et toxicité rénale	Colchicine AVK Immunosuppresseurs	AVK Diminution Concentration sanguine immunosuppresseurs	Rétinoïdes Topiques gastro-intestinaux Fer Ne pas prendre avec aliments contenant du Ca++ AVK (augmente INR car destruction flore permattant absorption de vitK)	AVK (même site de fixation à l'albumine plasmatique)	Inhibiteur enzymatique Methotrexate
AVANTAGES	Bonne tolérance peu d'interférence médicamenteuse et peu de contre indications et d'effets secondaires	Recours au pénicillines si allergie ou si sépticémie aux Staphylocoques bonne diffusion salive, intracellulaire Spiramycine → pas d'IM	Bonne concentration osseuse	Bonne concentration osseuse	Bonne diffusion tissulaire	Bonne tolérance Bonne diffusion	Peu d'allergie A utiliser si allergies multiples

HYDROXYZINE



- CI chez les patients présentant un facteur de risque connu d'allongement de l'intervalle QT
- Pas recommandé chez le sujet âgé ou si nécessaire dose maximale de 50mg/j
- POUR RAPPEL ! Dose maximale journalière :
 - 100 mg par jour chez l'adulte et l'enfant de plus de 40 kg
 - 2 mg/kg/jour chez l'enfant jusqu'à 40 kg
- Attention au GARDÉNAL inducteur enzymatique il diminue l'action des anticoagulants et expose à un accident thrombotique

ANTIFONGIQUES

- EI
 - Interactions médicamenteuses par inhibition d'isoenzymes du CYP450 et G-gp
 - Effet tératogène du fluconazole
 - Troubles hépatiques: ↗ des Ez Hépatiques
 - Allongement de l'intervalle QT
 - Réactions d'hypersensibilité, cutanées bulleuses
- INTERACTIONS
 - Éconazole, fluconazole, kétonazole, itraconazole sont inhibiteurs du CYP3A4
 - Fluconazole, kétonazole CYP2C9 et G-gp
 - ↗ MD substrat du 2C9 et 3A4
 - (renforcement des effets AVK, statines, torsadogènes, sulfamides hypoglycémiants, AOD)

PHARMACOCINÉTIQUE DES ANTALGIQUES ET TERRAIN PARTICULIER

GROSSESSE

ALLAITEMENT

NOURRISSON

ENFANT

**SEXE -
ÉTHNICITÉ**

VIEILLARD

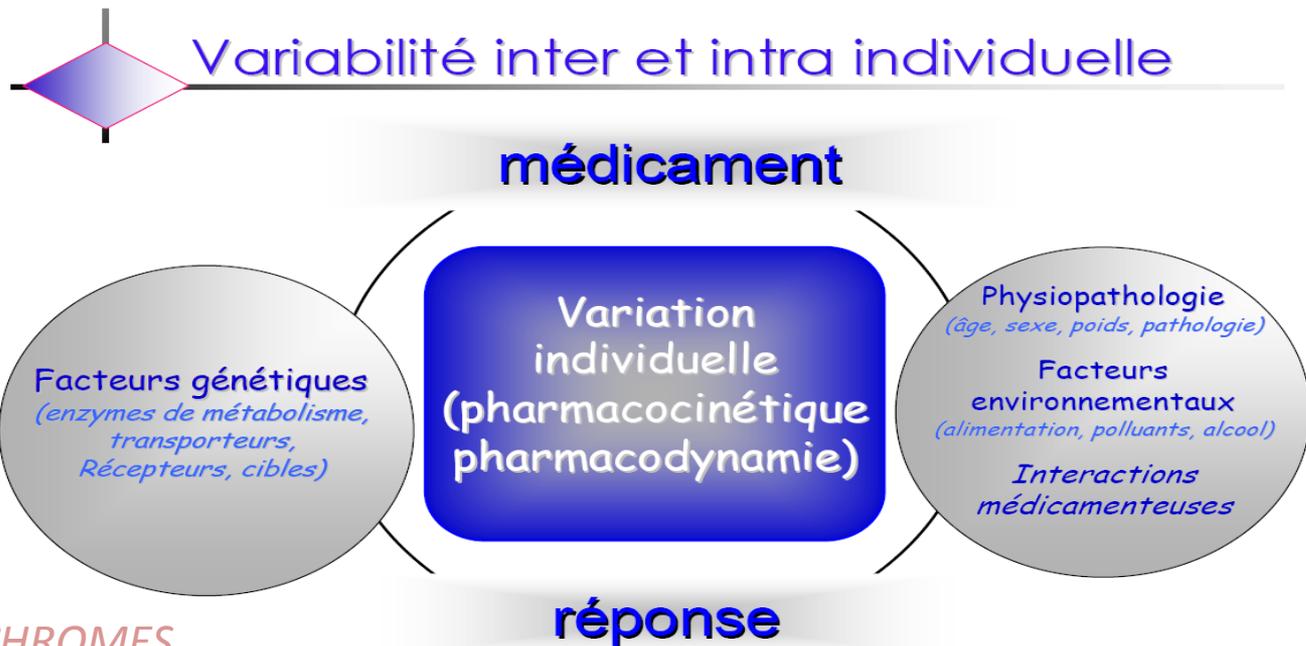
MODE DE VIE

**GÉRER SELON
L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE**

```
graph TD; A[GROSSESSE] --> D[GÉRER SELON L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE]; B[ALLAITEMENT] --> D; C[NOURRISSON] --> D; E[ENFANT] --> D; F[VIEILLARD] --> D; G[SEXE - ÉTHNICITÉ] --> D; H[MODE DE VIE] --> D;
```

The diagram illustrates the factors that influence the management of analgesics based on the patient's physiological state. At the center is a blue oval containing the text 'GÉRER SELON L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE'. Surrounding this central oval are seven light blue ovals, each containing a specific factor. Black arrows point from each of these surrounding ovals towards the central oval, indicating that each factor contributes to the management decision. The factors are: GROSSESSE (Pregnancy), ALLAITEMENT (Breastfeeding), NOURRISSON (Infant), ENFANT (Child), VIEILLARD (Elderly), SEXE - ÉTHNICITÉ (Sex - Ethnicity), and MODE DE VIE (Lifestyle).

FACTEURS GÉNÉTIQUES DE VARIABILITÉ DE L'ACTION DES MÉDICAMENTS



Activité **CYTOCHROMES**
plus importante
chez les femmes

Efficacité (80% des patients)
Effets indésirables (5-20% patients)

FACTEURS GÉNÉTIQUES DE VARIABILITÉ DE L'ACTION DES MÉDICAMENTS

LES DIFFÉRENTS PHÉNOTYPES MÉTABOLIQUES

- **MÉTABOLISEURS LENTS** (déficit d'activité enzymatique): effet pharmacologique prolongé → il faut réduire la posologie
- **MÉTABOLISEURS RAPIDES** (activité enzymatique normale): effet pharmacologique attendu → posologie thérapeutique habituelle
- **MÉTABOLISEURS DITS ULTRARAPIDES** (activité enzymatique augmentée) : effet pharmacologique réduit → augmentation de la posologie

ATTENTION LE CAS DES PRODRUGUES :

CODÉINE : CYP2D6 → risque de dépression respiratoire au posologie standardisée pour 10% des caucasiens)

- chez les acétyleurs lents augmenter la posologie
- chez les acétyleurs rapides réduire la posologie

FACTEURS GÉNÉTIQUES DE VARIABILITÉ DE L'ACTION DES MÉDICAMENTS

- INTERACTION PAR INHIBITION

- Inhibition de l'action de l'IsoEz métabolisant le MD
- Attention aux métaboliseurs lents qui métabolisent moins rapidement le MD
- Accident iatrogène grave par ↗ concentration plasmatique du MD et ↗ action
 - Hémorragie avec AVK
 - Torsade de pointe avec MD torsadogènes
 - Hypoglycémie avec sulfamides hypoglycémiants
 - Dépression centrale avec BZD
 - Néphrotoxicité avec les immunodépresseurs
 - Hypotension avec les inhibiteurs calciques
- Pas d'activité médicamenteuse si c'est le métabolite du MD qui est actif
 - Clopidogrel

PHARMACOCINÉTIQUE DES ANTALGIQUES ET TERRAIN PARTICULIER

GROSSESSE

ALLAITEMENT

NOURRISSON

ENFANT

**SEXE -
ÉTHNICITÉ**

VIEILLARD

MODE DE VIE

**GÉRER LA DOULEUR SELON
L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE**



MODE DE VIE

- TABAC
- ALCOOL
 - → métaboliseur rapide
 - → complications douloureuses post-opératoires plus fréquentes (alvéolites)



Gingivite Ulcéro-nécrotique

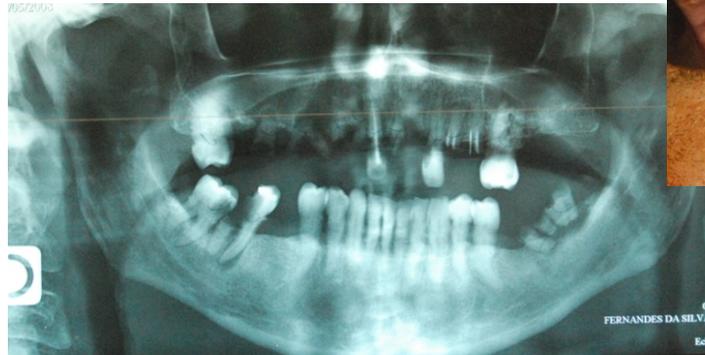


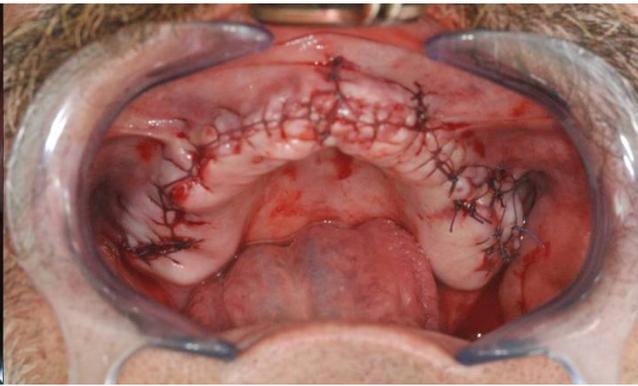
Post-op d'un prélèvement

TABAC, ALCOOL et contexte anxiogène

Mr F. 50 ans

- BPCO, essoufflement rapide, toux+++
- ATCD d'alcoolisme (2 verres par repas)
- Tabac : 20 cigares par jour (35 P/année)
 - Décision : EDM sous Diazanalgésie (MIDAZOLAM)
 - ASA 3





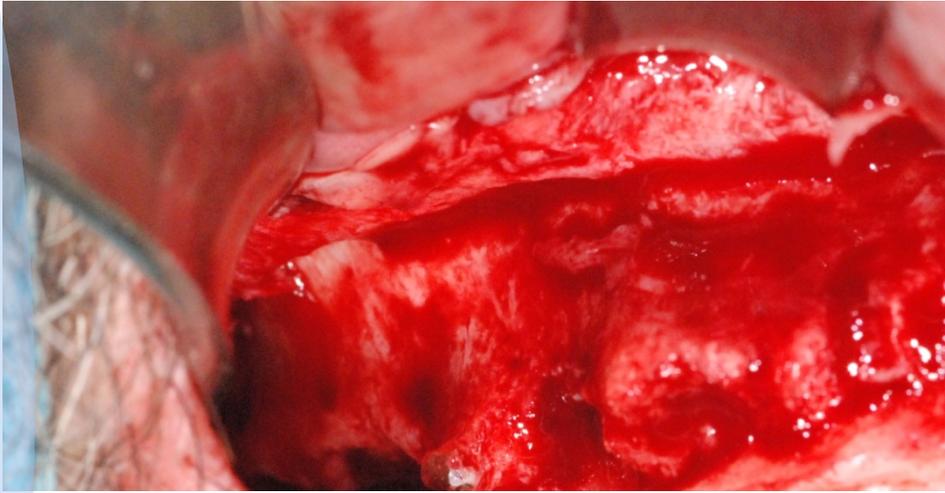
Sutures



Post-op
Alvéolites

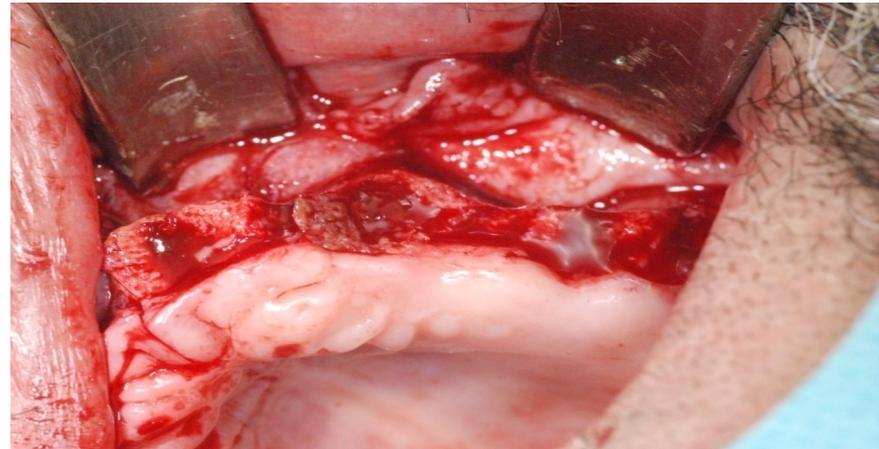
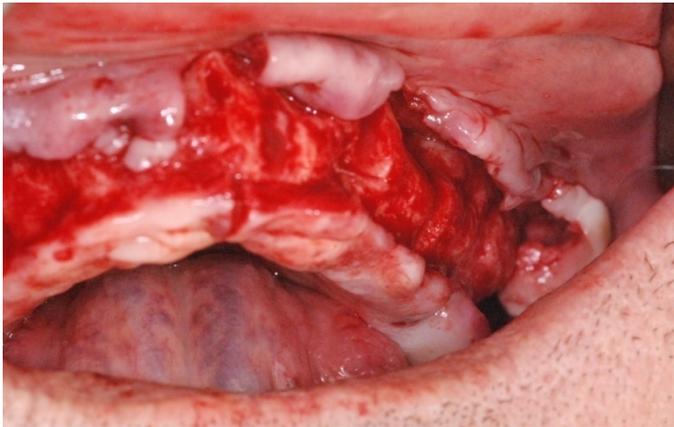
Post-op
+ 3 mois





Régularisation de crête
Aspect d'un os de mauvaise
qualité

12% de complication opératoire en
chirurgie chez les fumeurs)
(contre 2% pour les NF)



TABAC : Rôle du sevrage dans la gestion de la douleur et de l'infection

- Taux d'échec précoce au même niveau qu'un non fumeur si sevrage tabagique ayant débuté 1 semaine avant la chirurgie implantaire et se poursuivant 8 s. après

(Smoking and implant failure – benefits of smoking cessation protocol. Bain and col. ; 1996)

ALCOOL : CIRRHOSE HÉPATIQUE

- Patient adressé pour Hémorragie buccale après extraction
- Faciès caractéristique ictérique
- Facteurs de coagulation à « production hépatique » touchés EN BAISSSE
- Bilan hépatique perturbé



LA DOULEUR :

AINS à éviter

Attention si cirrhose

Paracétamol à adapter

Amoxicilline

Patients anxieux et dépressifs

Prise de RDV le matin , soins courts



CONDUITES ADDICTIVES

- Drogues d'aujourd'hui : Drogues de synthèse
Ecstasy → MDMA coupée aux amphétamines, LSD, Kétamine ou analgésiques
- LSD → un trip sur papier buvard
- Kétamine ou spécial K → propriétés anesthésiques et analgésiques



Facteurs de risque des conduites addictives : interactions médicamenteuses :

- INTERACTION PAR INDUCTION
- → CONDUITES ADDICTIVES
 - **TABAC, ALCOOL** → INDUCTEURS ENZYMATIQUES sur les MD
 - Pour l'alcool la situation est différente si cytolyse hépatique (métabolisation diminuée de certain médicaments)
 - Si arrêt du tabac → ↗ des concentrations des ces mêmes médicaments
- MD qui Active l'action de plusieurs IsoEz du foie → accélère le métabolisme des MD
 - Ex : **Millepertuis** et Rifampicine sont inducteurs, ils provoquent une surexpression des gènes codants pour les IsoEz qui métabolisent les MD (ne pas associer avec AVK, contraceptifs, antirétroviraux)
 - Risque d'accidents thromboemboliques avec les AVK
 - Echec de contraception
 - Rejet d'organe avec les immunosuppresseurs
 - Risque d'inefficacité d'un traitement anti-VIH

CONSÉQUENCES DES CONDUITES ADDICTIVES

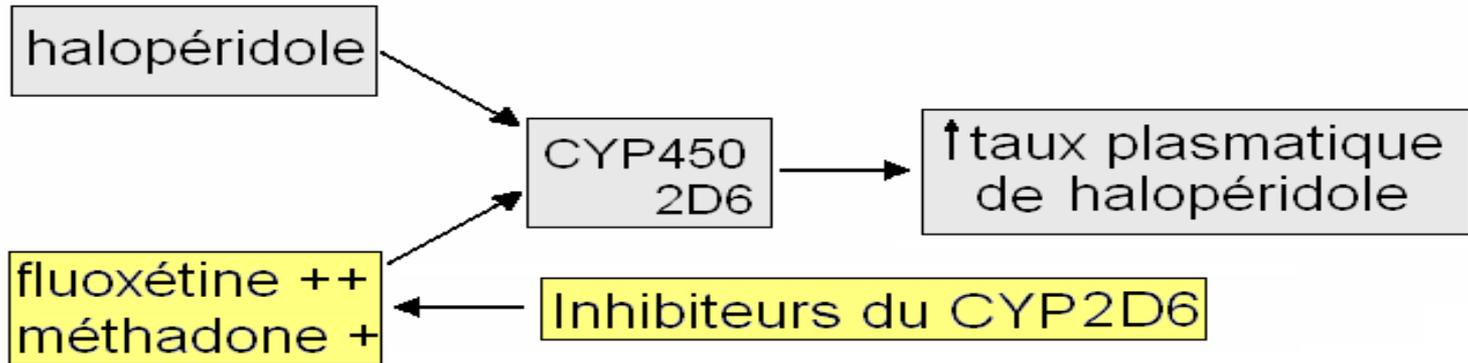


- Développement de paranoïa, de crise de panique, de phobie
 - Patient difficile à contenir
 - Douleur difficile à gérer
 - Douleur exprimée et angoisse → complexité de prise en charge
- RISQUE ACCRU D'ACCOUTUMANCE avec les **morphiniques et dérivés** (contre-indiqué si MÉTHADONE ou SUBUTEX)
- → Contre indication CODÉINE, TRAMADOL, morphine (stupéfiants)
- → utiliser AINS, Corticoïdes, néfopam



Inhibition de CYP450:

Interactions avec fluoxétine et méthadone



Bradycardie

Hypokaliémie

Allongement intervalle QT

Syndrome malin des neuroleptiques

CAS CLINIQUE

- Jean, Héroïnomane
- Motif de consultation : esthétique
Pas **de douleur** malgré les caries!
→ Aucun effet de l'anesthésie pour les EDM



Évolution RAPIDE des lésions carieuses

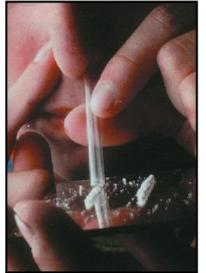


Sous méthadone le jour de la consultation



GESTION DE LA DOULEUR

- Cocaine → Action minorée des anesthésies par blocage de la conduction nerveuse (même action que les anesthésiques)
- Cannabis → Action vasoconstrictrice (Diffusion ↘)
 - Préparation psychologique
 - ↗ dose
- *Pas d'anesthésie 6 à 24 heures après prise de stupéfiants*



Mr Chevalier, 23 ans

Héroïne

Pas d' ATCD médicaux

Motif de consultation

Cellulite génienne haute G

Automédication :

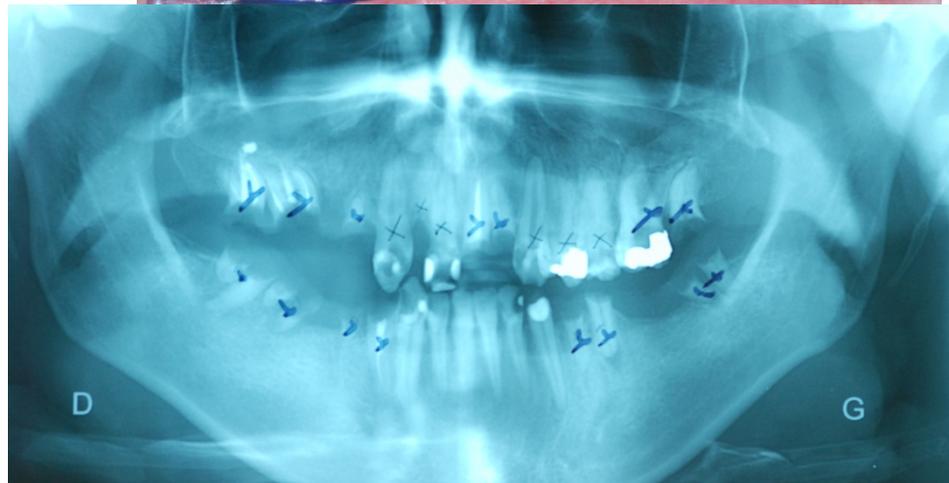
BIRODOGYL

NUROFEN

CONTEXTE ÉMOTIONNEL

difficilement gérable au cabinet

SURTOUT DANS L'URGENCE



Effet du Cannabis

Julie, 18 ans

- Aucun ATCD
- Motif de consultation : DDS
- Pas de terrain particulier
- Echec DU GESTE SOUS anesthésie locale → AG
- 5 à 8 joints par jour
- Ecstasy
- Hypoplasie amélaire



Yan, 27 ans

Cannabis : Caries atypiques

- Pas d' ATCD médicaux
- Tabac 1 paquet/jour
- Joints régulièrement



Motif de
consultation :
Esthétique
*Toujours pas de
douleur masquée
par la prise des
produits*

CAS CLINIQUE EFFETS CANNABIS

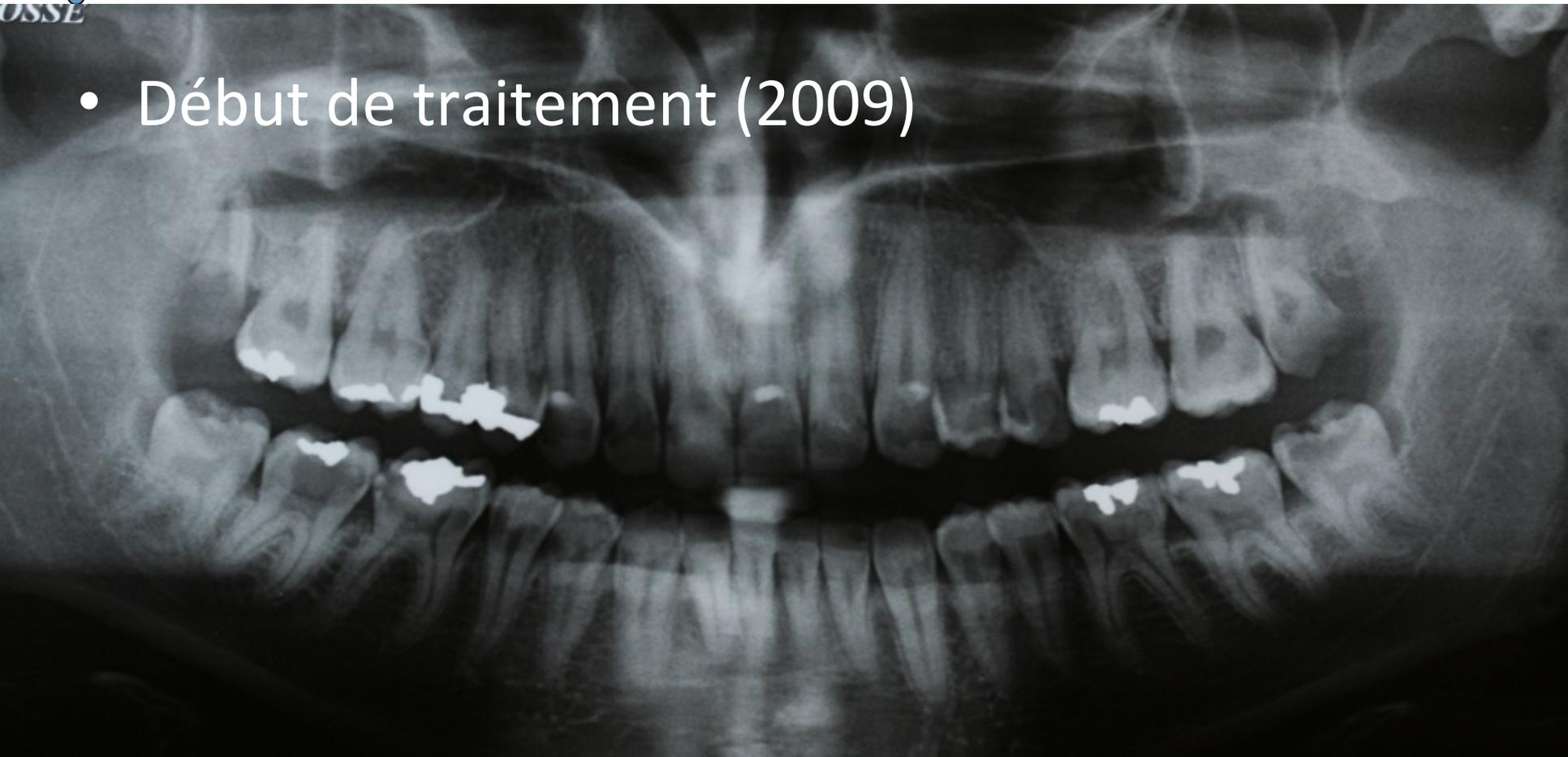


- Soins conservateurs suivis pendant 1 ans
- Extraction 4 DDS et 47
 - TR de 13-14-23-24-25-36-37 +
 - CVI et provisoires
 - Projet : CCM + implant 47...

Yan, 27 ans

Cannabis : Caries atypiques

- Début de traitement (2009)



Yan, 27 ans

Cannabis : Caries atypiques

- +7 ans (motif de consultation esthétique, pas d'antécédents de douleur décrite)



Steven, 24 ans

ATCD : **Drogues de
synthèse**

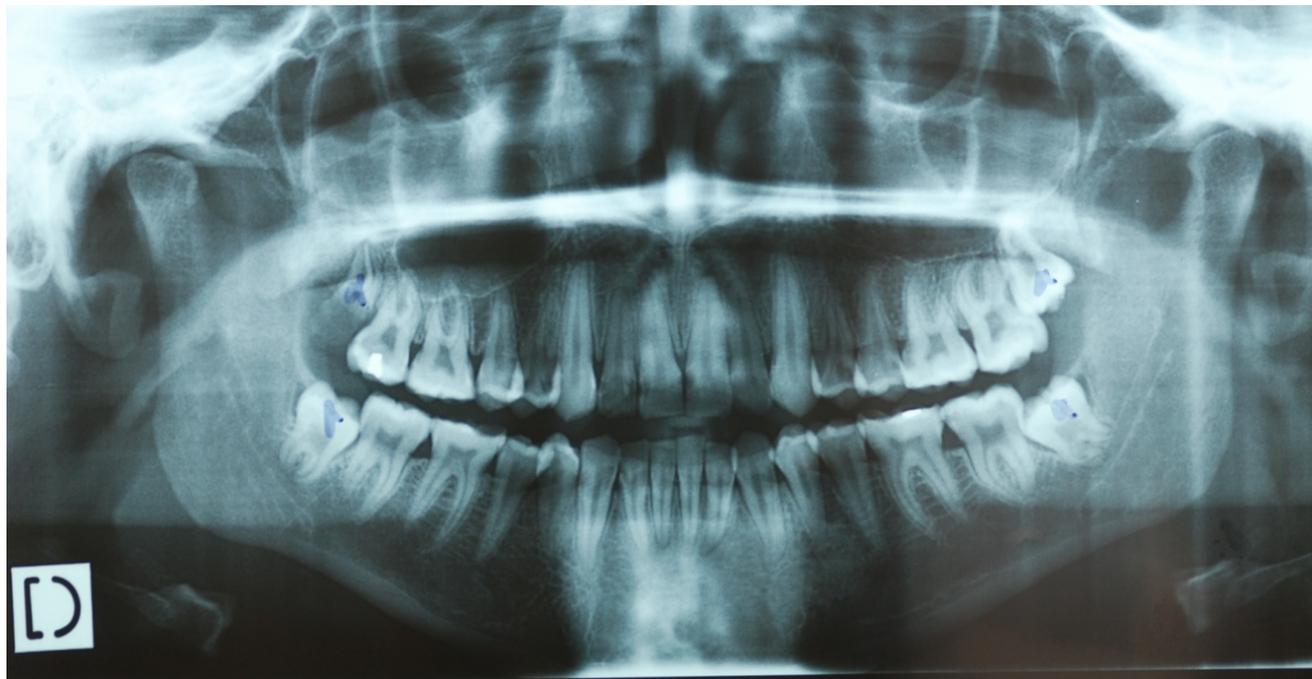
Motif de consultation :
Douleur ATM

Clinique :

Pt Latéral D
douloureux , Masséters
hypertrophiques

Examen dentaire :

Facettes d' usure,
récessions multiples,
fentes de Stilmann



Steven, 24 ans

TRAITEMENT :

MIOREL[®], SURGAM[®]

Gouttière de relaxation,

Kinésithérapie

CVI aux collets

Volet préventif → SEVRAGE?



DOULEUR et ADDICTIONS SITUATION COMPLEXE

- LES MOTIFS DE CONSULTATIONS : L'URGENCE
- LES OBJECTIFS DE TRAITEMENTS DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS
- PRIVILIGIER LE PLUS SIMPLE ET S'ADAPTER AU CONTEXTE PSYCHOGÈNE
- PRIVILIGIER LA PRÉVENTION AUTANT QUE POSSIBLE (HBD, conseils nutritionnels, application topique de fluor)
- TOUJOURS ÉTABLIR UNE BALANCE ENTRE BÉNÉFICE/RISQUE

INSUFFISANT RÉNAL

**HÉPATIQUE, RESPIRATOIRE,
DIGESTIF**

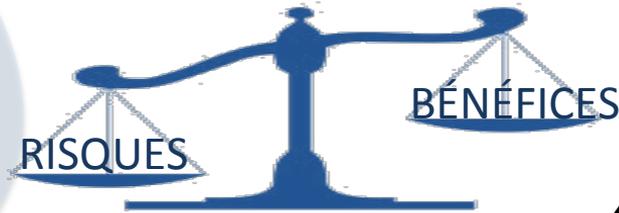
**PSYCHOSES, HANDICAP,
ANXIÉTÉ, PHOBIE,
DOULEUR CHRONIQUE,
PATIENT CANCÉREUX**

**GÉRER
SELON
L'ÉTAT PATHOLOGIQUE**

**POLYMÉDICAMENTS
ET CO-MORBIDITÉS**

**RISQUE VASCULAIRE
AFFECTIONS
RHUMATOIDES
ET AUTO-IMMUNES**

DIABÈTE



Attention à nos ordonnances

ATTEINTES HÉPATIQUES:

- baisse de biotransformation
- hypoalbuminémie
- anastomoses porto-caves

Se baser sur les transaminases

DIMINUER LA POSOLOGIE DU PARACÉTAMOL, Préférer AMOXICILLINE

ATTEINTES RÉNALES

- baisse de la clairance d'excrétion
- En fonction Clairance (ml/min)

!! AINS si CREAT <30MI/min →

réduire la dose de 50% et préférer MACROLIDES

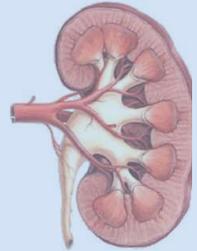
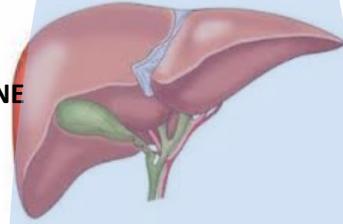
Greffés : immunosuppresseurs

AINS à proscrire → PARACÉTAMOL **ET CODÉINE** réduction de la dose

Paracétamol : attention si cumul MD inducteurs EZq P450 (phénytoïne, rifampicine, prise d'alcool)

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE:

→ Attention aux analgésiques de niveau 2 et 3 → utilisation néfopam avec les précautions de cette molécule.

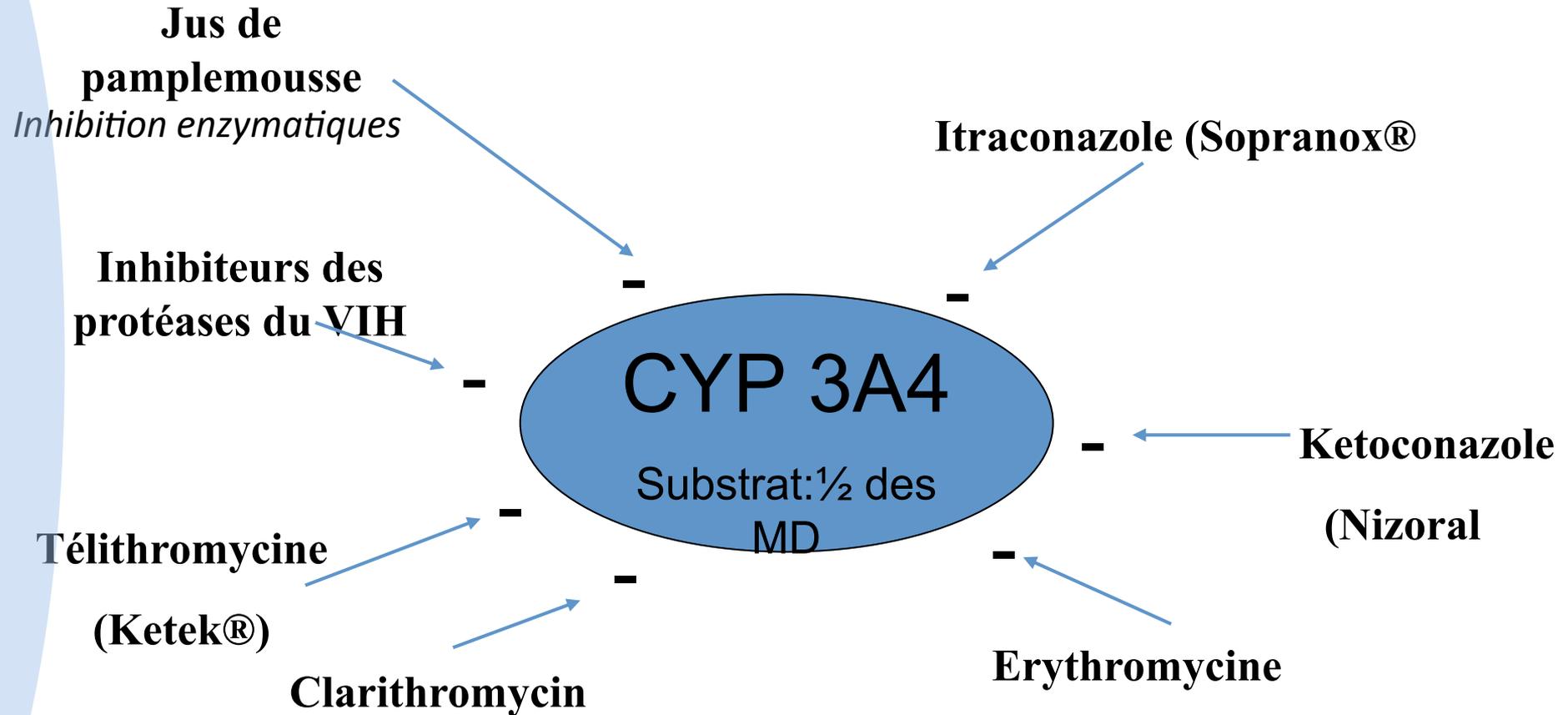


RISQUE DE DÉPRESSEDION RESPIRATOIRE

- Risque augmenté chez le sujet âgé et insuffisant respiratoire
- Opioides, les benzodiazépines, Tramadol, Codéine
- Codéine → En fin de grossesse, nourrisson, femme allaitante risque de dépression respiratoire du nouveau né
- Codéine → CI chez l'enfant
- AINS : Risque de déclencher une crise d'asthme par son action anti-prostaglandine (Pg → action bronchodilatateur).
- NB : la maladie de Fernand widal associe une rhinosinusite chronique avec une polypose nasosinusienne, elle se manifeste par une obstruction nasale, un asthme et une intolérance à l'acide acétylsalicylique ainsi qu'aux AINS

• RISQUE HÉPATOTOXIQUE

- MD hépatotoxique responsable d'hépatites aiguës
- Signes cliniques : asthénie, anorexie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, fièvre, prurit, urines foncées, ictère en dernier symptôme → demande bilan hépatique (ALAT, ASAT, bilirubines, γ GT, phosphatases alcalines)
- MD
 - Paracétamol peut provoquer une cytolyse hépatique survenant après 24 à 48 heures après une ingestion massive susceptible d'aboutir à une nécrose complète et irréversible du foie
 - Dose à risque enfant 80mg/kg/j et adulte à partir de 10g
 - Antidote N-acétylcystéine qui doit être administré par voie IV
 - Antibiotiques (aminosides, antituberculeux (isoniazide, rifampicine), tétracyclines, macrolides)
- Anesthésie
 - Injection de plus de 10 carpules en une fois
 - D'avantage de risque de Choc toxique *la vitesse d'administration en injection (la situation est différente si injection accidentelle d'anesthésique locale en 10s que en 50s → injecter lentement le produit au risque d'accident toxique avec signes prémonitoires comme convulsions, migraine soudaine, mydriase, syncope)*



NB: Tous ces médicaments (et jus de pamplemousse) sont CI avec les statines ou les AVK et AOD.

- **ALTÉRATION DE LA FONCTION RÉNALE**
 - Attention aux MD qui altèrent la fonction rénale surtout chez le sujet âgé et déshydraté
 - Le patient en IR est exposé à un surdosage → posologie à adapter en fonction de la clairance de la créatinine (si $<30\text{mL/min}$ → réduire la dose de 50% des céphalosporines et morphiniques; attention aux patients sous AVK et HBPM → risque hémorragique)
- **ANTIBIOTIQUES NÉCESSITANTS ADAPTATION POSOLOGIQUE SI ALTÉRATION DE LA FONCTION RÉNALE**

Pas d'ajustement de dose	Ajustement si IR sévère	Ajustement quelle que soit la gravité de l'IR	Contre indication si IR
Macrolides Lincosamides	Aminopénicillines	Vancomycine Ofloxacine	TTC

SYSTEME DIGESTIF

- Maladie de CROHN
- → Uniquement les Traitements
 - Dérivés salicylés : PENTASA®
 - Corticoïdes : CORTANCYL®, MEDROL®
 - Immunosuppresseurs : IMUREL® (azathioprine)
 - Anti-TNF : REMICADE® (infliximab), HUMIRA® (adalimumab)

PHARMACOCINÉTIQUE

modifiée au niveau digestif

- **ABSORPTION** → modifiée
 - P_gP → si activité augmentée, concentration plasmatique du MD diminue (rifampicine, carbamazépine, millepertuis)
 - MD qui diminue l'absorption digestive → concentration du MD qui diminue (antiacide, cyclines, kétonazole, AVK)
 - Fraction libre des MD → interaction MD
 - AVK, sulfamides hypoglycémiants

**INSUFFISANT RÉNAL
HÉPATIQUE, RESPIRATOIRE**

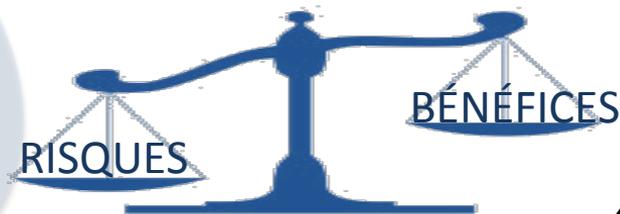
**POLYMÉDICAMENTS
ET CO-MORBIDITÉS**

**GÉRER
SELON
L'ÉTAT PATHOLOGIQUE**

**RISQUE VASCULAIRE
AFFECTIONS
RHUMATOIDES
ET AUTO-IMMUNES**

**PSYCHOSES, HANDICAP,
ANXIÉTÉ, PHOBIE,
DOULEUR CHRONIQUE,
PATIENT CANCÉREUX**

DIABÈTE



FACTEURS DE RISQUE THERAPEUTIQUES: INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES (IAM)

Incidence importante notamment chez personnes âgées, car systèmes d'élimination moins performants + Plusieurs médicaments administrés en même temps

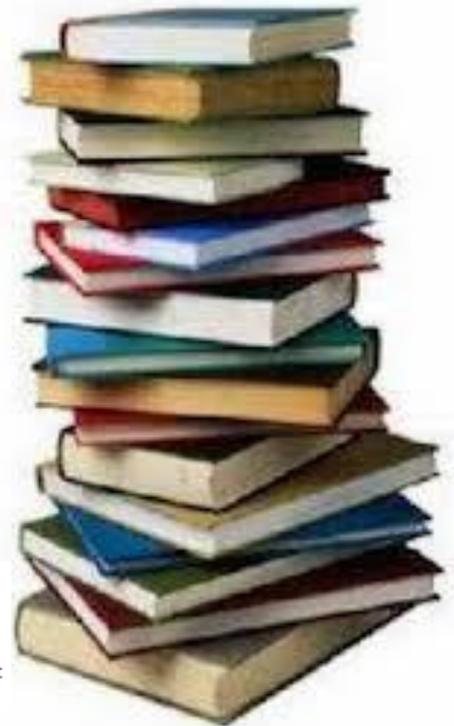
WEB +++

- Thériaque
- <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/>
- Veille sanitaire SFCO <http://societechirorale.com/fr/sfco/recommandations-veille/veille-sanitaire#.WDLGJNw6ecl>



ansm

Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé



	PARACÉTAMOL	AINS	CODEINE	TRAMADOL	CORTICOÏDES
RISQUE	SURDOSAGE 1 ^{ère} cause d'hépatite aiguë Adulte 10g Enfant 60 mg/kg/j Augmente l'INR à forte dose	Déconseillé – Risque Hémorragique avec antithrombotiques Liaison albumine Crise d'asthme par effet antiPg Risque immunoallergique (lyell)	Autorisé – manière ponctuelle Risque d'accumulation si IR ou IH	Risque de convulsion avec MD épileptogènes	Risque hémorragique digestif si AINS Torsade de pointe si association hypokaliémiants
AVANTAGES	1 ^{ère} intention 4g/j Pas de iatrogénie	Chez l'insuffisant Hépatique	Naloxone si surdosage avec dépression respiratoire	Alternative à la codéine	Peu de CI si utilisé en flash
CONTRE INDICATIONS	IH (diminuer les doses)	IR terminale, Ice cardiaque	Métaboliseur rapide (CYP2D6)	Métaboliseur rapide (CYP2D6 et CYP3A4)	Infection, diabète (efficacité des hypoglycémiantes⬇️), ciclosporine, tendinite avec fluoroquinolones
PRÉCAUTIONS	Teneur en sodium des cp effervescents	⬆️toxicité du méthotrexate	Pas associer avec IMAO, autre sédatifs	⬆️INR avec AVK Élimination rénale prolongée si polymédication	⬇️Efficacité hypertenseur (rétention hydrosodée)

	AMOXICILLINE	MACROLIDES	LINCOSAMIDES SYNERGESTINES	CYCLINES	IMIDAZOLÉS
RISQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ toxicité du Allopurinol (ZYLORIC) ➤ surcharge sodée en cas de doses forte si IR 	<p>Inhibiteur enzymatique (érythromicine, josamycine)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Taux sérique ➤ -ergot de seigle (IM) ➤ -théophylline (asthme) avec manifestation de surdosage (trouble cardiaque, dépression respiratoire, agitation) ➤ Carbamazépine ➤ Action AVK 	<p>Risque d'accumulation si IH → hépatite, ototoxicité</p>	<p>Conservation en milieu humide → syndrome de Fanconi si IR Pas d'effets si administration avec produits laitiers, antiacides, sels de calcium</p>	<p>Risque hémorragique digestif si association avec MD hémorragipares (molécules fixée aux protéines, inhibiteur enzymatique) Effet antabuse avec l'alcool</p>
AVANTAGES	<p>1^{ère} intention Peu d'interférences médicamenteuses</p>	<p>Alternative à l'amoxicilline Spiramycine pas d'IM</p>	<p>Spectre large bonne alternative</p>	<p>Alternative à la codéine</p>	<p>spectre étroit Traite efficacement diarrhée profuse liée au lincosamide</p>
CONTRE INDICATIONS	<p>Allergie</p>	<p>IH Allergie (rare)</p>	<p>IH Allergie (rare)</p>	<p>Allergie IR et IH sévère</p>	<p>Infection, diabète (efficacité des hypoglycémiantes ➡), ciclosporine, tendinite avec fluoroquinolones</p>
PRÉCAUTIONS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Action AAP, AVK ➤ Adapter les doses si IR 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ toxicité du méthotrexate 	<p>Colite pseudo-membraneuse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ INR avec AVK (destruction flore permettant absorption de vitK Élimination rénale prolongée si polymédication 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ INR avec AVK Élimination prolongée si polymédication

• TROUBLES BUCCODENTAIRES induits par des MD

– MD AVEC EI PATHOGÈNES SUR LA CAVITÉ BUCCALE ET LES DENTS

- **MD ANTINÉOPLASIQUES** (chimiothérapie cytotoxique causant stomatites et ulcérations)
- **CORTICOÏDES** : risques de candidoses buccales
- **Les IEC** (captopril) peuvent provoquer une toux sèche mais aussi des maux de gorge et douleur linguale, des dysgueusies
- **TÉTRACYCLINES** provoquent une coloration permanente des dents et une hypoplasie de l'émail dentaire en cas de prise au cours du développement dentaire
- Les **BISPHOSPHONATES** sont associés à des ostéonécroses
- Le **FENTANYL** sous forme d'applicateur buccal est responsable de caries et d'ulcérations buccales
- **RIBAVIRINE** favorise les maladies parodontales

- TROUBLES BUCCODENTAIRES
 - MD AVEC UN EFFET ANTICHOLINERGIQUES
 - Peuvent provoquer une hyposialie et une sécheresse de la bouche gênante (xérostomie)
 - MD anticholinergiques (effet pharmacologique secondaire) : neuroleptiques, antidépresseurs, antihistaminiques H1
 - Possibilité de traitement : anétholtrithione (Sulfarlem®), pilocarpine

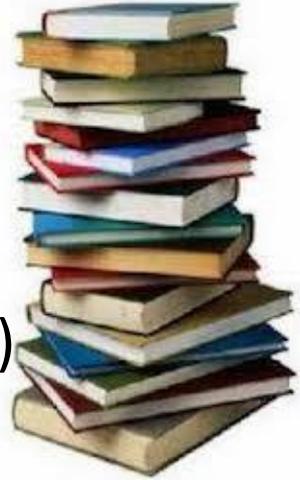
ÉLÉMENTS DE PHARMACODYNAMIE

- Effets Indésirables liés à l'association de MD avec le même mécanisme d'action
 - **SYNDROME SÉROTONINERGIQUE**
 - agitation, confusion, tremblements, hyperthermie, hypersudation, frissons, tachycardie, HTA
 - MD impliqués → inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO), antidépresseurs imipraminiques, antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), millepertuis, opiacées
 - **SYNDROME ATROPINIQUE**
 - peau rouge, chaude, sécheresse bouche, mydriase, tachycardie, hyperthermie
 - ou effets anticholinergiques des MD indiqués pour Parkinson, instabilité vésicale, antispasmodique, anticholinergique ou aux effets secondaires anticholinergiques comme les neuroleptiques, antihistaminiques H1

ÉLÉMENTS DE PHARMACODYNAMIE

- Effets Indésirables liés à l'association de MD avec le même mécanisme d'action
 - **EFFETS DÉPRESSEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL** : neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, BZD, antihistaminiques H1, dérivés morphiniques, baclofène, thalidomide
 - **EFFETS HÉMORRAGIPARES** : MD antithrombotiques (AAP, anticoagulants oraux, AOD, HNF, HBPM, AINS, corticoïdes)
 - **EFFETS HYPOTENSEURS** : IEC, Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, antagonistes calciques, dapoxétine

Douleur et contexte médical particulier (iatrogénie)



- Corticoïdes (peu de contre indications si utilisés en flash)
- AINS (attention aux contre-indications)
- PARACÉTAMOL (la référence → ! Il augmente l'INR à forte dose)
- MORPHINE et dérivés attention si IR

**INSUFFISANT RÉNAL
HÉPATIQUE, RESPIRATOIRE**

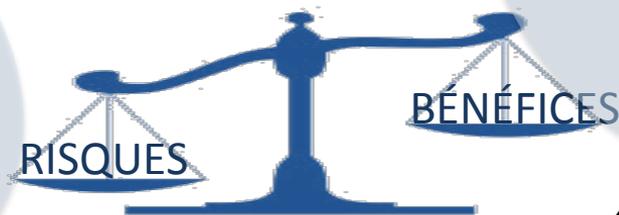
**POLYMÉDICAMENTS
ET CO-MORBIDITÉS**

**GÉRER
SELON
L'ÉTAT PATHOLOGIQUE**

**RISQUE VASCULAIRE
AFFECTIONS
RHUMATOIDES
ET AUTO-IMMUNES**

**PSYCHOSES, HANDICAP,
ANXIÉTÉ, PHOBIE,
DOULEUR CHRONIQUE,
PATIENT CANCÉREUX**

DIABÈTE



LE DIABÈTE

- Cas clinique : MEBD
- Type 2 sous insuline
- non équilibré
- Hb glyquée > 7



PRENDRE EN COMPTE : COMPLICATIONS ASSOCIÉES (IR, ATHÉROSCLÉROSE, COMA HYPOGLYCÉMIQUE, INTERACTION MÉDICAMENTEUSE)



Douleur post-op plus fréquente

Le diabétique

bien gérer la douleur

C'est connaître les comorbidités pour bien prescrire



- Pathologies athéromateuses : recommandations AAP, AVK
- Insuffisance rénale : dialyse, greffe rénale, IRC, IRA, traitement avec élimination rénale à éviter

→ RISQUE VASCULAIRE

Complications Microvasculaires

Complications Macrovasculaires

Rétinopathie



Néphropathie



Neuropathie



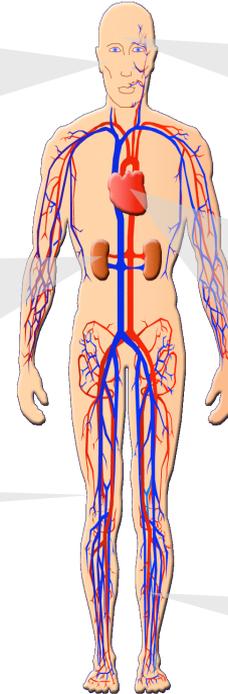
Maladies Cérébrovasculaires



Maladies Cardiaques



Artériopathie Périphérique



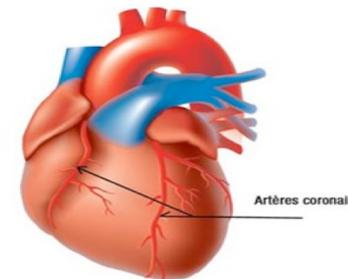
Hypoglycémie sous Tramadol



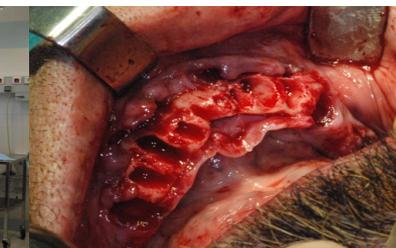
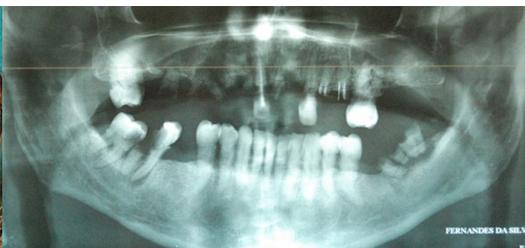
- ◆ Hypoglycémie plus fréquente en présence de co-morbidités (fumeurs, obèses, alcoolisation excessive) et personnes âgées
- ◆ Hypoglycémie 3 fois plus fréquente à celle provoquée par la codéine
 - ◆ RISQUE POTENTIELLEMENT MORTEL
- ◆ Risque significatif présent même pour les non diabétiques (sans ADO)

RISQUE VASCULAIRE

- Pathologies athéromateuses
 - favorisées par l'inflammation buccale
 - parfois états instables (angine de poitrine, IDM, AVC)
 - Pas d'AINS (iatrogénie avec AVK, AAP)
 - ! CORTICOIDES + Furosémide
 - → hypokaliémie++ → risque de torsade de pointe



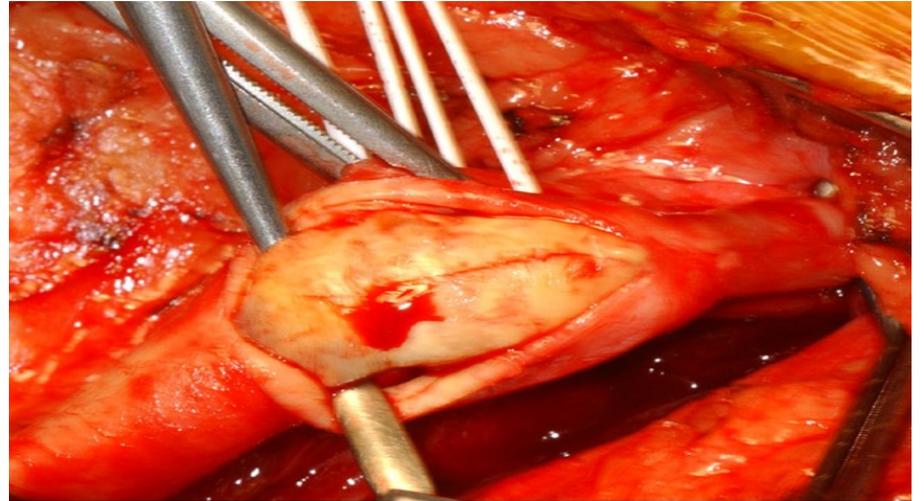
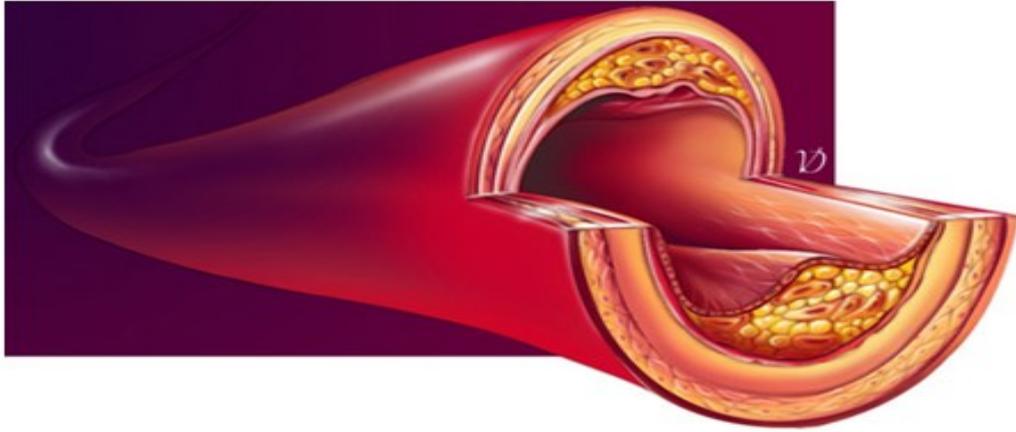
Hospitalisation programmée sous Diazanalgésie → Apport sédation +++



monitoring

LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION CARDIOVASCULAIRE

- Athérosclérose
- HTA
- Angine de poitrine
- Infarctus du myocarde
- Insuffisance cardiaque
- Trouble du rythme cardiaque
- Valvulopathies
- Cardiopathies congénitales
- Endocardites infectieuses



Athérosclérose

- Responsable de la majorité des décès
- La cause des maladies coronaires
- Anévrisme aortique
- Artérites oblitérantes des MI
- AVC -IM

En pratique quotidienne

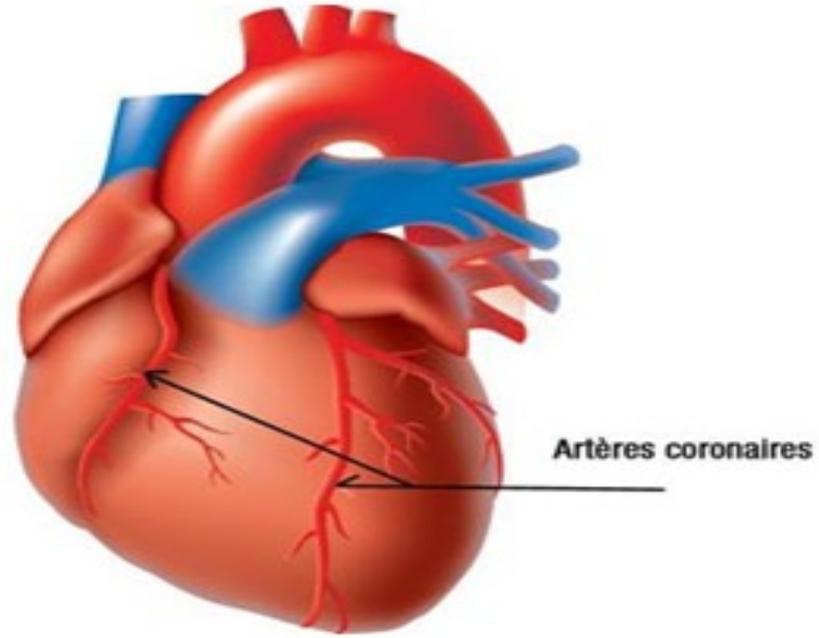
- Contrôle du stress(*heure et durée des rdv, sédation, protoxide d'azote, sédation IV*)
- Anesthésie avec vaso(*technique classique*)
- Conduite thérapeutique en fonction de la pathologie
- Mesure d'hygiène et d'asepsie
- Soins: odontologie conservatrice
- Chirurgie : faire un bilan avant le geste

Cardiopathies ischémiques symptomatiques

- Angine de poitrine
- Légère (constant une fois par mois)
- Modérée (au moins une fois par semaine)
- Sévère (Douleur quotidienne)

Angine de poitrine

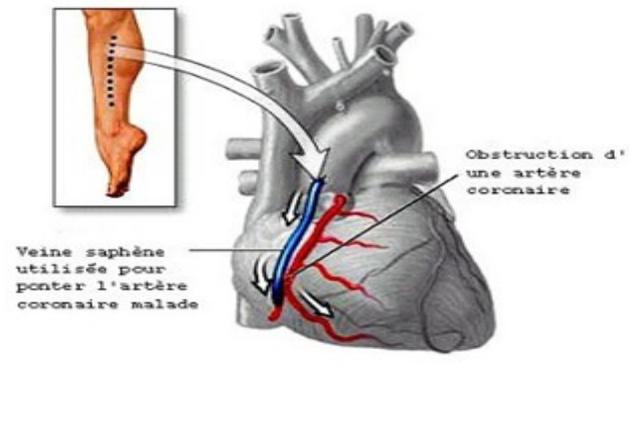
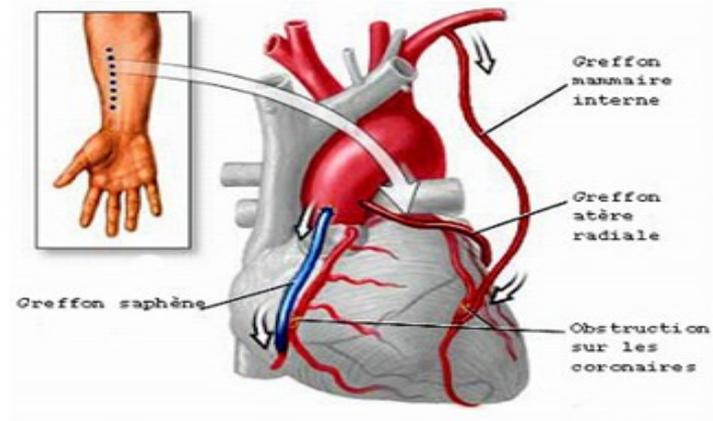
- Réduction en apport d'oxygène
- Première cause de mortalité
- Douleurs paroxystiques
- 80% de sexe masculin



Artères coronaires

Angine de poitrine

- Traitement
- Réduction des facteurs de risque
- Médication
- Angioplastie coronaire
- Chirurgie



Manifestations buccales

- Douleurs parfois irradiantes
- Douleurs dentaires
- Douleurs maxillaires
- Brulure de la langue et du palais dur
- Hyperplasie et fibrose gingivale (par les inhibiteurs calciques)

Précautions à l'égard des soins odontologiques

- Respect des mesures d'hygiène et d'asepsie
- Gestion du stress
- Anesthésie locale avec vaso (ne pas dépasser 00,4mg d'adrénaline)
- En urgence le minimum de soin

Précautions spécifiques

- Angine légère (aucune précaution)
- Angine modérée
- Tout acte et chirurgie simple
- Chirurgie complexe = prophylaxie de trinitrine)

Crise d'angor au fauteuil

- Trousse d'urgence
- Trinitrine
- SAMU SMUR
- Infarctus du myocarde

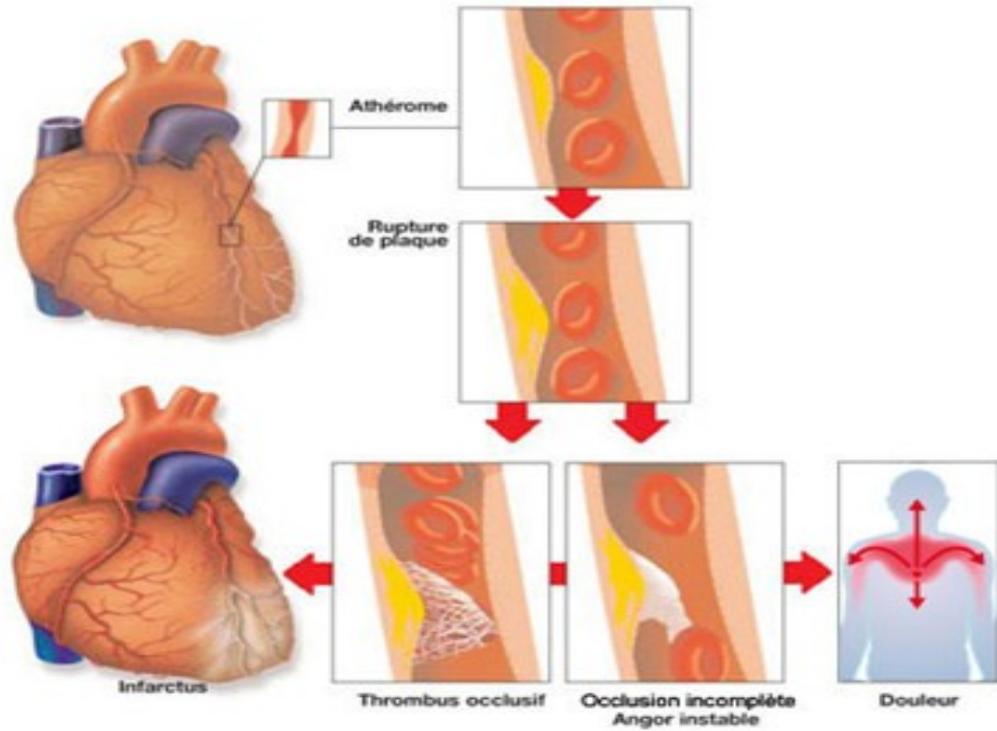
Infarctus du myocarde

- Ischémie prolongée du myocarde
- Extrême urgence

Infarctus du myocarde

Diagnostic

- Trois critères
- Douleur typiques
- Modification typique de l' ECG
- élévation des enzymes cardiaques



Infarctus du myocarde

Evaluation

- Un infarctus dans le mois précédent
- Un infarctus il y a plus d'un mois mais moins d'un an
- Un infarctus il y plus d'un an

Insuffisance cardiaque

- Incapacité du coeur à assumer son fonction de pompe

Insuffisance cardiaque

- 1% de la population
- 4 stades clinique
- Critère de Diagnostic

Insuffisance cardiaque

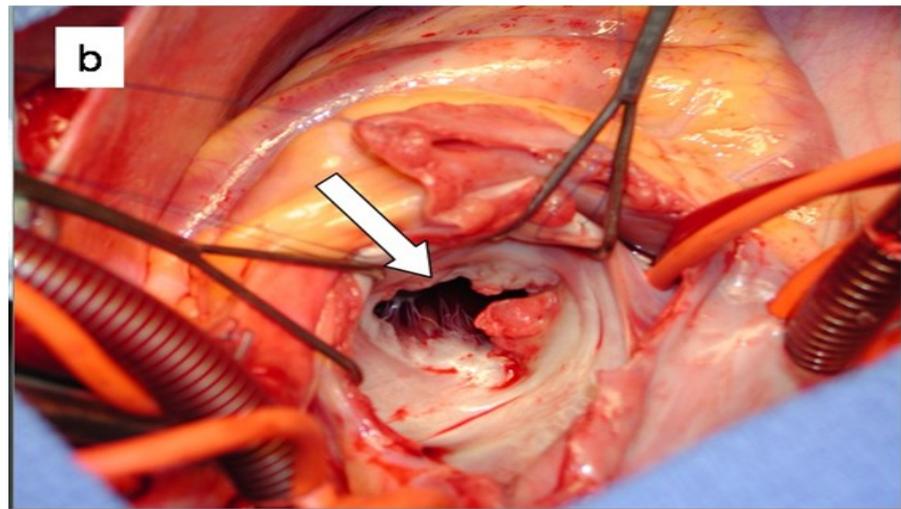
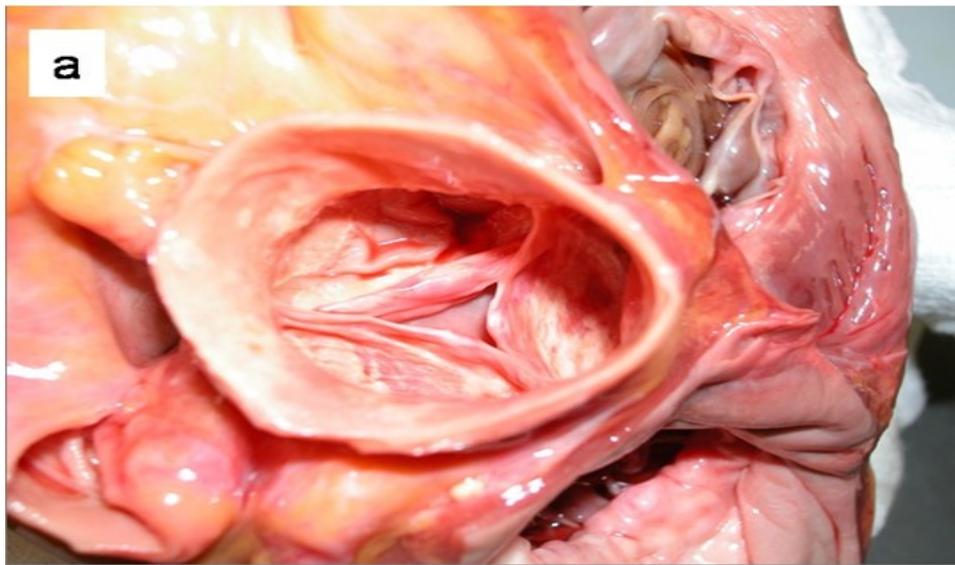
- Traitement
- Fonction de la pathologie
- AAP et AVK

Valvulopathies

- Précautions
- Stress
- Infection
- AAP AVK
- Prescription

Endocardite infectieuse Bactérienne

- Bactéries transitoires
- Actes de soins des VADS
- Soins buccodentaires
- 40 à 60% Infection valvulaire

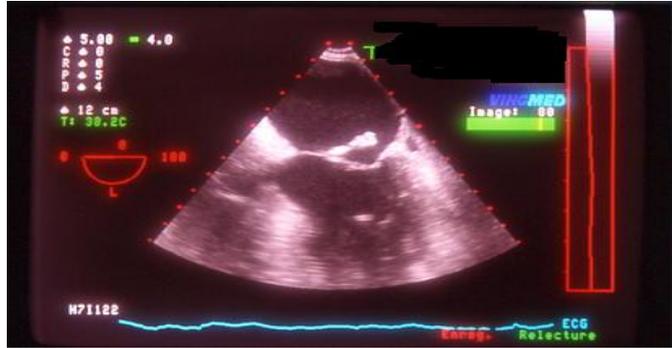
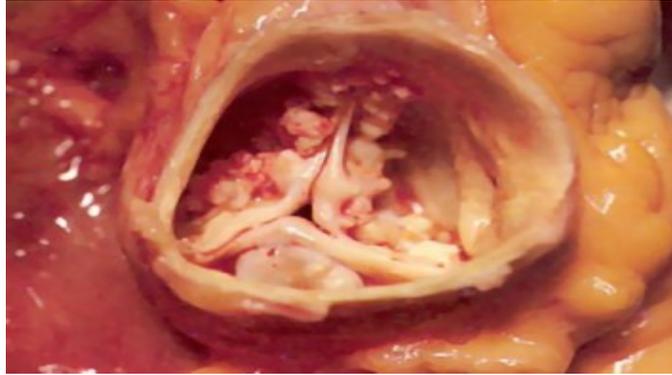


Endocardite infectieuse Bactérienne

	Valve native	Valve Prothétique	Toxicomanie
Micro-organisme	80% Spath et Strepto	S épidermidis 2% Bacilles gram- et fungi	50% S. auréius 15% Bacilles gram-
Localisation	Valve mitrale	Valve aortique	Valves tricuspidiennes
Nature du défaut prédisposant	Lésion valvulaire	Dispositif prothétique	Sans défaut
Taux de mortalité	10% Strept 40% Spath > 40% Fungi	40 à 80% formes précoces 20 à 40 % formes tardives	90% de traitement efficace

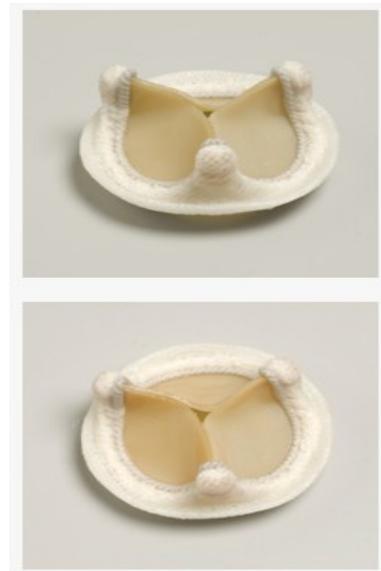
Actes et bactériémies

Traitement endo	0 %
Système d'irrigation	7 à 50%
Mastication	17 0 51%
Système de nettoyage interdentaire	20 à40%
Brossage dentaire	0 à 40%
Détartrage	8 à 80%
Chirurgie parodontale	88 %
Avulsion dentaire	51 à 85%



Antibioprophylaxie
Recommandée

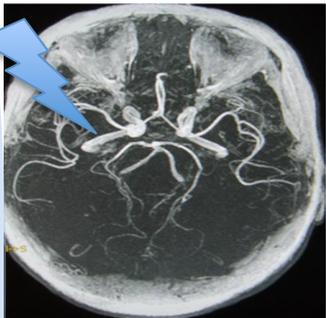
- Haut Risque
- Prothèse valvulaire
- Antécédent d'endocardite
- cardiopathies congénitales cyanogènes



Recommended prophylaxis for dental procedures at risk

Situation	Antibiotique	Adulte	Enfant
Pas d'allergie au pénicilline ou à l'ampicilline	Amoxicilline ou Ampicilline	2g P. O ou IV	50mg/kg P O ou IV
Allergie au pénicilline ou à l'ampicilline	Clindamycine	600mg P O ou IV	20mg/kg P O ou IV

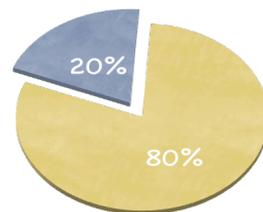
AVC



150 000 cas/an en France
1^{ère} cause de handicap moteur
3^{ème} cause de mortalité

Registre Dijonnais des AVC de 1985 à 2004 (Béjot et al., 2007) :

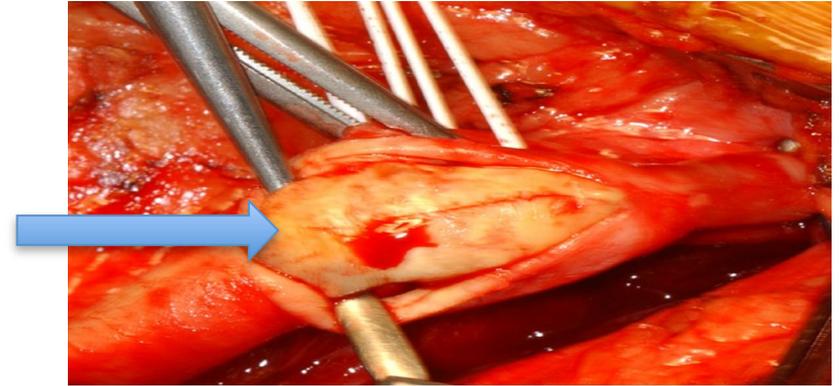
Augmentation de 17% de risque d'
AVCI



■ AVC ischémique
■ AVC hémorragique

FACTEUR DE RISQUE DES AVC ischémiques

- Facteurs de risque non modifiable
 - Âge (>65 ans)
 - Sexe (homme)
 - Hérité
- Facteurs de risque modifiable
 - Cholestérol
 - HTA
 - Tabac
 - Diabète
 - Arythmies
 - IMC
 - Habitudes alimentaires
 - stress



Athérome

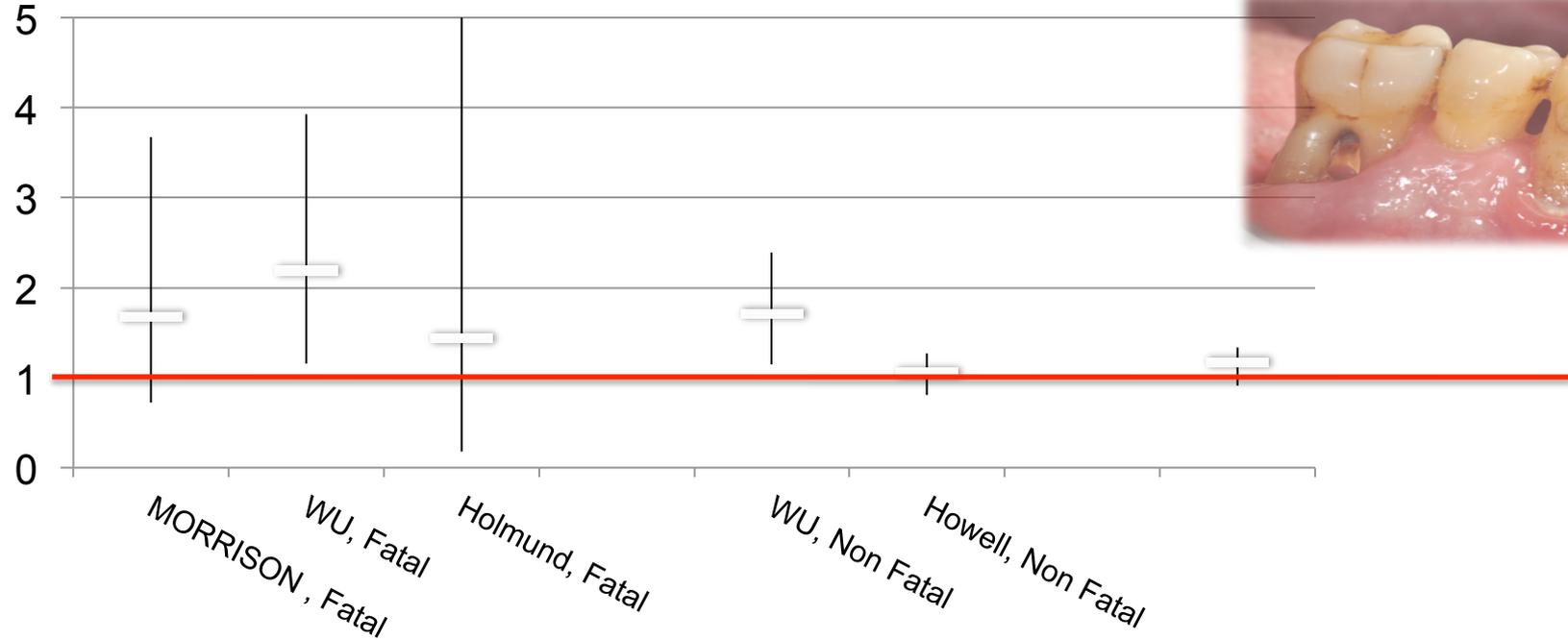
Constat épidémiologique
Action sur tous ces FR et
incidence AVC augmente

Facteurs de Risque des AVC ne sont pas tous identifiés à ce jour.

Forest plot pour Parodontite (1)

Risque estimé ajusté (RR ou HR)

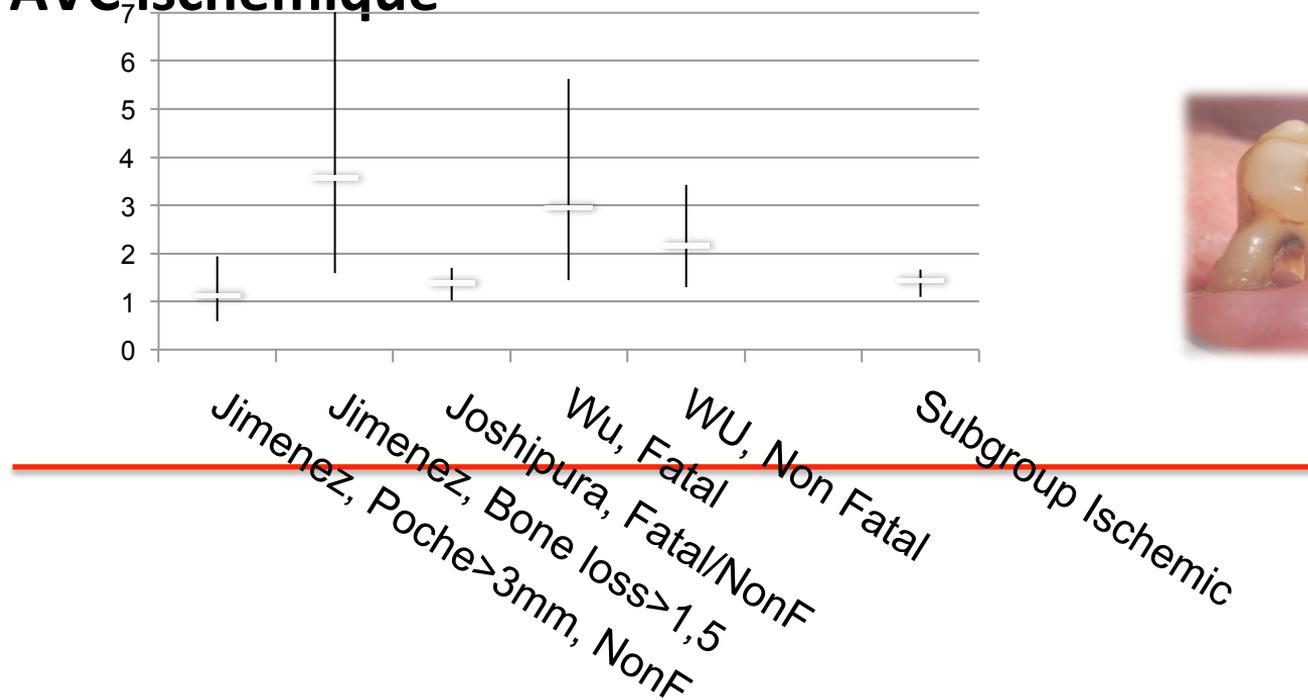
AVC (ischémique ou Hémorragique)



Forest plot pour Parodontite (2)

Risque estimé ajusté (RR ou HR)

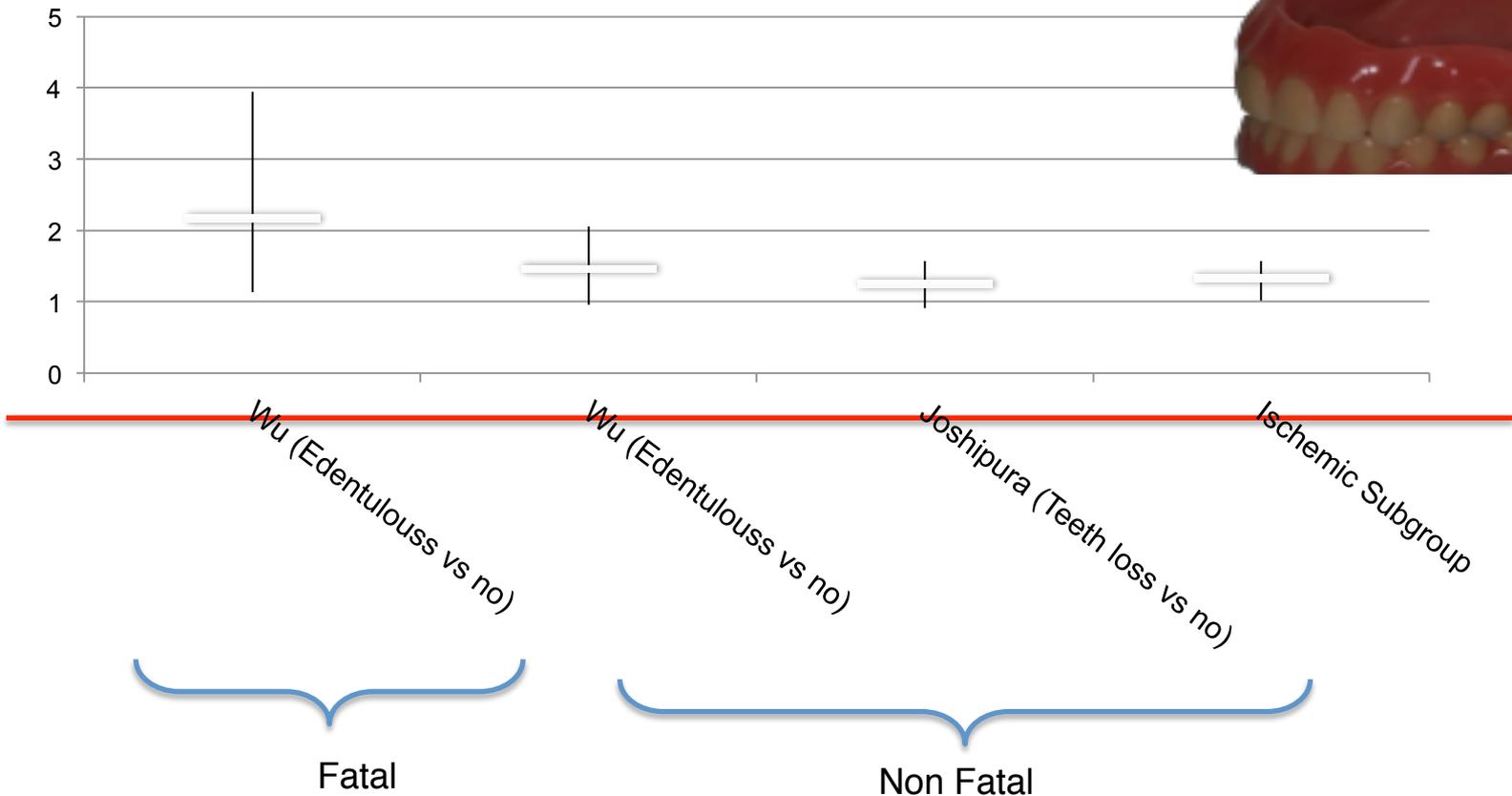
AVC ischémique



Forest plot pour Perte dentaire (2)

AVC ischémique

Risque estimé ajusté (RR ou HR)



Dents – AVC – Septicémie

Un constat clinique

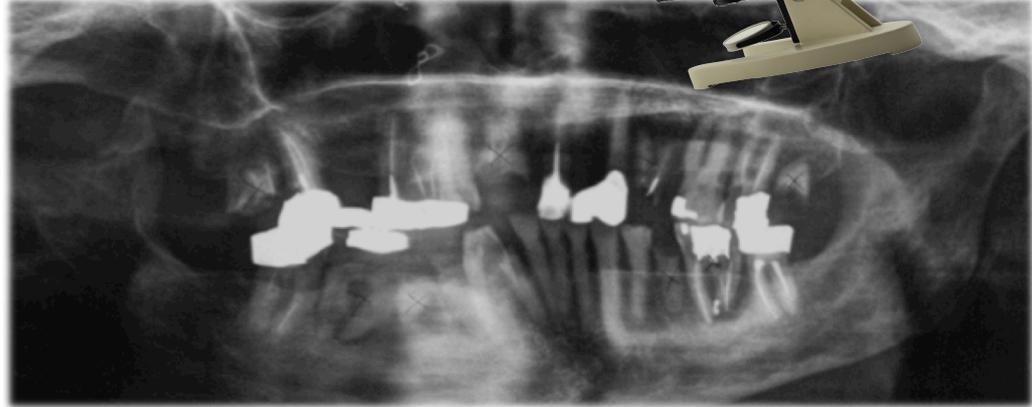


Patient âgé de 81 ans

Syndrome inflammatoire

CRP à 86 mg/l

- **ATCD** : AVC ischémiques (X2)
» HTA stabilisée traitée



- **HDM** : Urgence le 20/05/08

URGENCE : Septicémie Bactéries GRAM(-),
Hyperthermie 39°

Syndrome confusionnel, trouble phasique

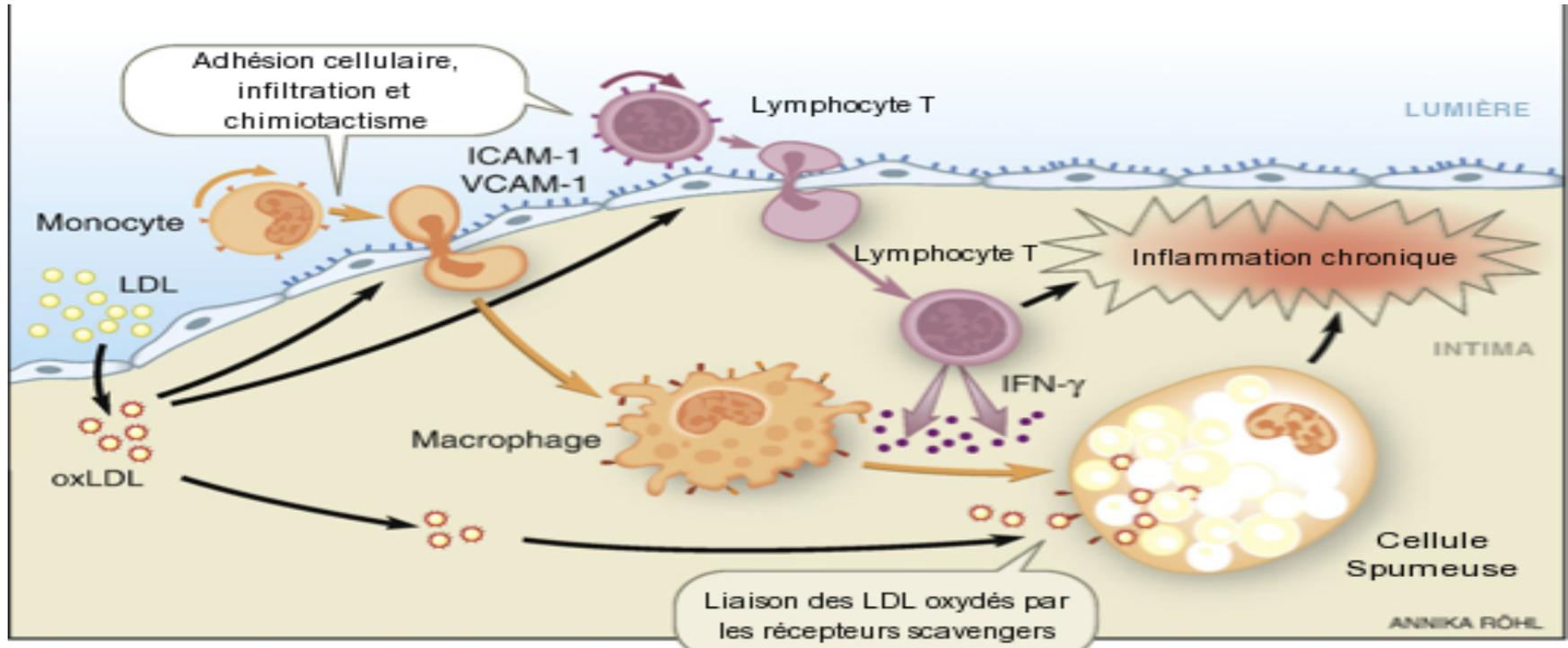
Nouvel épisode d' AVC

Abcès dentaire diagnostiqué par les urgentistes

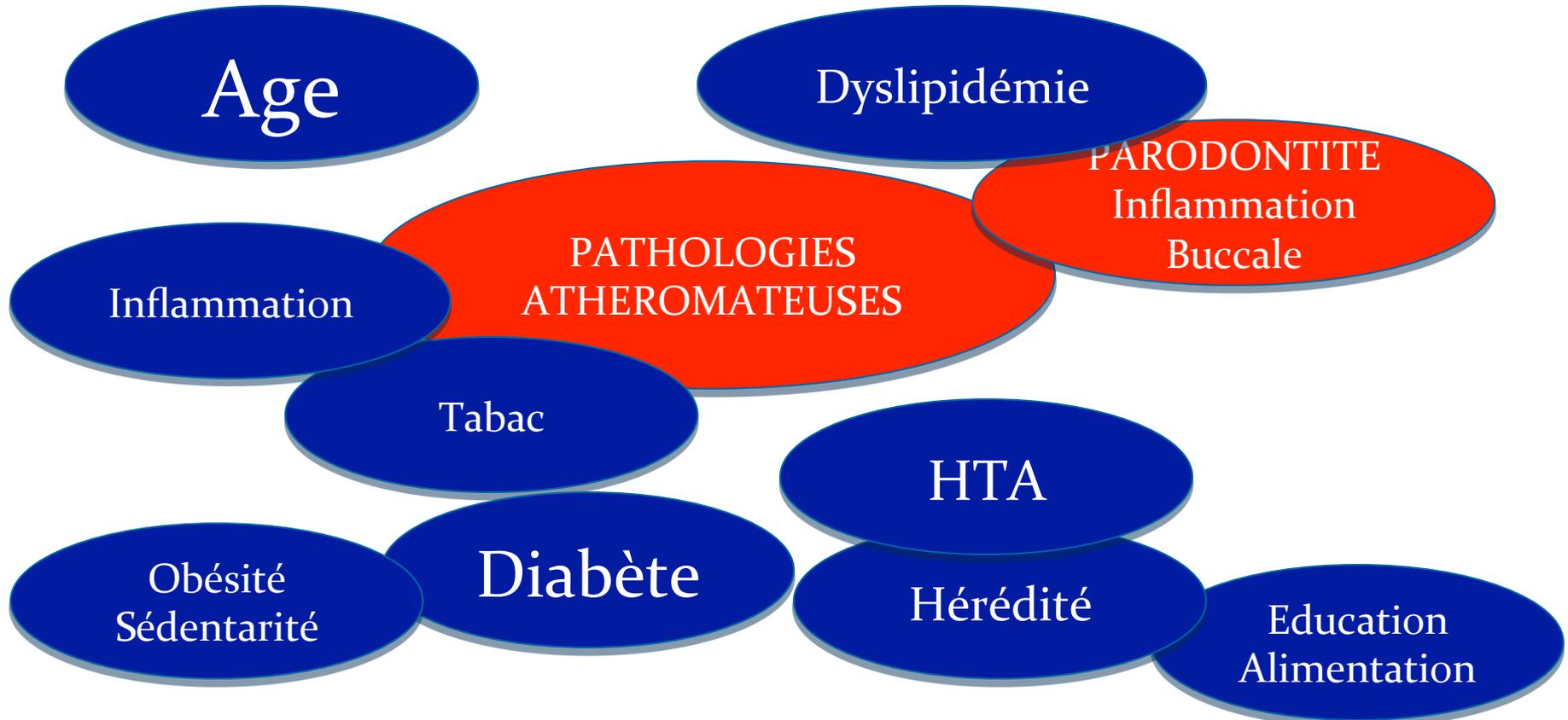


La cellule spumeuse : l'élément clé

L'inflammation : l'élément favorisant



Maladie Parodontale et pathologies athéromateuses



AVC, rôle de l'odontologiste

- Action préventive survenue AVC ischémique et récursive d'AVC
- →hygiène buccodentaire professionnelle car séquelles motrices après AVC
- CAT spécifique en fonction des comorbidités et des antécédents médicaux
- AAP, Anticoagulants
 - Risque hémorragique

SEP, rôle de l'odontologiste

- Répercussions buccales des séquelles motrices (déglutition anormale, risque de fausse route, contrôle de plaque compliqué)
- Répercussions des biothérapies et autres immunosupresseurs, des psychotropes
- → demander FNS

Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, myasthénie, démence

- Trouble de la déglutition
- Risque de fausse route
- L-dopa → sècheresse buccale
- Pas de coopération
 - AG ou MEOPA
 - Prévention ++ → rôle des infirmières?

ÉPILEPSIE

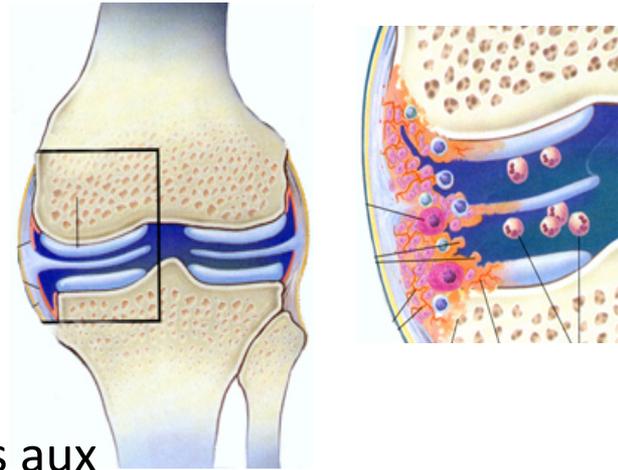
- Carbamazépine (allergie cutanée, aplasie médullaire → AB si soins dentaires spécifiques)
- → c'est un inducteur enzymatiques
- Phénobarbital (irritabilité chez enfant)
- Clonazépam (sédation importante)
- Phénytoïne (hypertrophie gingivale)
- Gabapentine (Neurontin)
- Ac Valproïque → Dépakine® (pas d'AINS car potentialisent les effets anti-agrégants) → Effets tératogènes

DYSESTHÉSIE

- Traumatique
 - Étiologie d'ordre chirurgicale (écrasement, étirement, frottement, section)
 - Fracture branche montante ou corps du ramus
 - Compression par oedème
 - Étiologie endodontique
- Infectieuse
 - Bénin (bactéries, virus → zona)
 - Malin
- Névralgie essentielle
 - Diagnostic par élimination

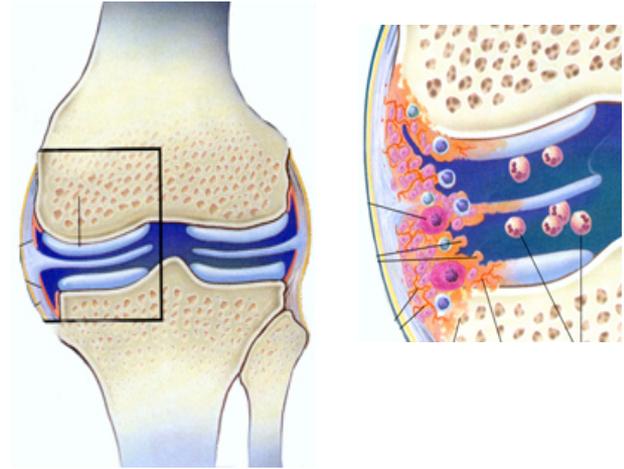
AFFECTIONS RHUMATOLOGIQUES

- Polyarthrite rhumatoïde
 - Notion d'auto-immunité
 - Dérèglement de l'immunité, qui s'attaque alors aux propres tissus de l'organisme
 - Réaction inflammatoire locale
- Et autres affections auto-immunes
 - Dermatologiques (Psoriasis)
 - Maladie de Crohn
 - Rectocolite hémorragique



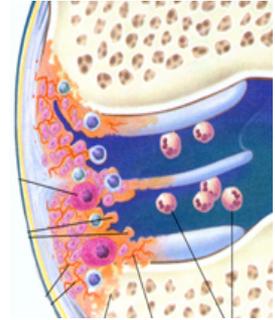
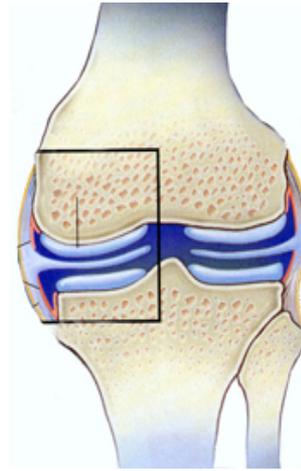
AFFECTIONS RHUMATOLOGIQUES

- Polyarthrite rhumatoïde
 - TTT visent à freiner l'auto-immunité
 - Méthotrexate (MTX) et ANTI TNF Alpha (Rémicade, Humira, Enbrel)
 - Répercussions foie, reins, NFS (leucopénie, thrombopénie)



AFFECTIONS RHUMATOLOGIQUES

- Polyarthrite rhumatoïde
 - Précaution d'emploi des **AINS et AIS** à connaître
 - **Majoration toxicité hématologique du MTX et diminution clairance rénale**
 - **Autres antalgiques** → diminuer les doses en fonction bilans rénal et hépatique
 - Souvent contexte de douleur chronique a associer



CORTICOÏDES

- SYNDROME CONFUSIONNEL ET DÉPRESSIF
 - Prise au long court → CI psychotique
- TROUBLE DIGESTIF
 - Ulcération digestive
- TROUBLES MUSCULOTENDINEUX
 - Atrophie musculaire, tendineuse (!fluoroquinolones)
- LÉSIONS OSSEUSES
 - Si dose >7,5mg sur 3 mois → risque de fractures

INSUFFISANT RÉNAL

HÉPATIQUE, RESPIRATOIRE

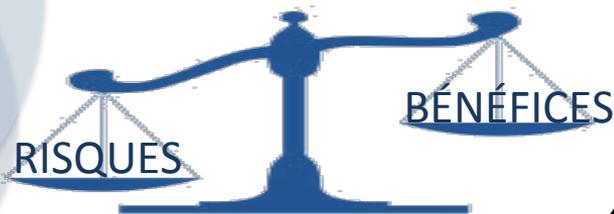
**POLYMÉDICAMENTS
ET CO-MORBIDITÉS**

**GÉRER LA DOULEUR
SELON
L'ÉTAT PATHOLOGIQUE**

**RISQUE VASCULAIRE
AFFECTIONS
RHUMATOIDES
ET AUTO-IMMUNES**

**DOULEUR CHRONIQUE,
PATIENT CANCÉREUX**

DIABÈTE



LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur chronique , définie par une durée > 3 mois, altère la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle

En Odontologie :

- les stomatodynies et les douleurs chroniques neuropathiques
- les répercussions des pathologies chroniques (fibromyalgies)

LA DOULEUR CHRONIQUE

Antalgiques classiques ne fonctionnent pas

TRAITEMENTS associant :

- Anxiolytiques
- Hypnotiques
- Antidépresseurs (TOFRANYL, LAROXYL, PROZAC, EFFEXOR)
- Anticonvulsivants (tégrétol, dihydan, neurontin, lyrica) → Douleur neuropathique CAPSAICINE 0,1%

Pharmacopée spécialisée indispensable : BDZ (rivotril), hydroxyzine, carbamates, venlafaxine, paroxétine, carbamazépine, acide valproïque)

LA DOULEUR CHRONIQUE

Et la composante affectivo-émotionnelle qui l'accompagne :

- Dépression fréquente
- Avis psychiatrique
- Rôle indispensable des spécialistes de la douleur pour le diagnostic et l'orientation thérapeutique du malade

La prise en charge de la douleur doit être globale

LE PATIENT CANCÉREUX

- LÉSION TUMORALE QUI PEUT ÊTRE ASYMPTOMATIQUE EN PHASE INITIALE

- France: pays *le plus touché* d' Europe, surtt CB et larynx
- Hommes: 4ème rang des cancers, Femmes: 14^{ème}
- Âge moyen: 55-60 ans



LE PATIENT CANCÉREUX

- Douleurs nociceptives 70%
 - Inflammation du site tumoral, mécanique viscérale profonde
- Douleurs neuropathiques 30%
 - Compression/envahissement
 - Douleurs séquellaires
- Douleurs liées au traitement
 - Chirurgie
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie
 - Gestes diagnostics et soins



LE PATIENT CANCÉREUX

- Traitements médicamenteux de la douleur au diagnostic et pendant le traitement
- La stratégie de l'OMS reste pertinente:
 - Voie orale
 - Intervalles réguliers
 - Echelle à 3 niveaux
 - Prescription personnalisée → alterner paracétamol, morphine (SKÉ NAN, OXYCONTIN) ET Dérivés (Codéine, Tramadol), Néfopam (ACUPAN)

Atteinte multiviscérale → voir EI chimio

LE PATIENT CANCÉREUX

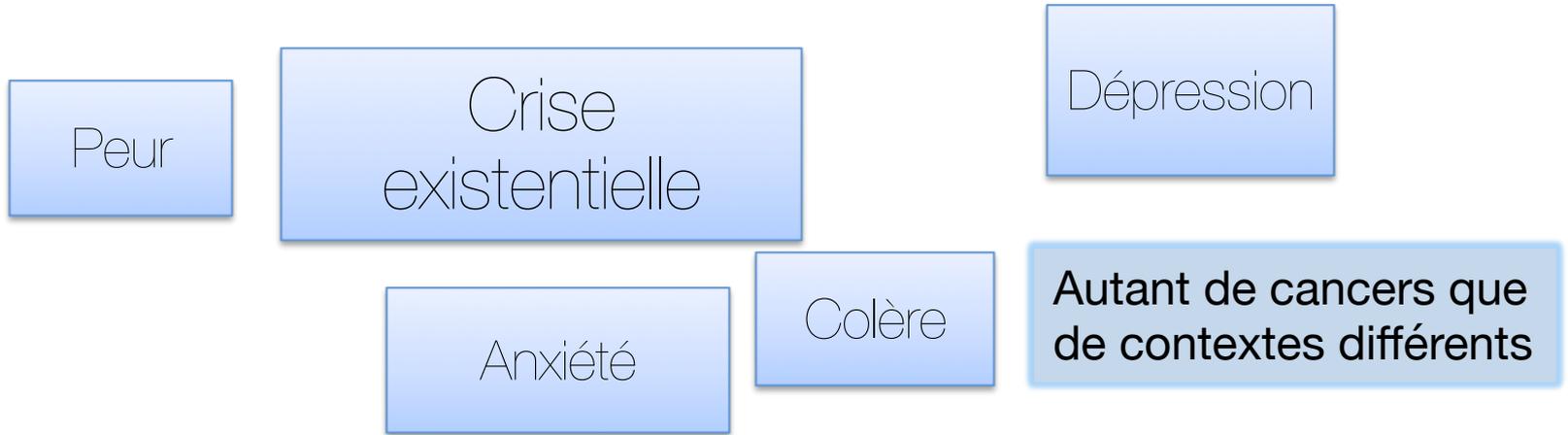
- Prise en charge de la douleur liée aux effets secondaires des traitements
 - Mucites
 - Laserothérapie (3 à 5 fois par semaine)
 - Bicarbonate de sodium sans adjonction (10 fois par jour)
 - Contre Indication : Chlorhexidine

Recommandations AFSOS
<http://www.afsos.org>



LE PATIENT CANCÉREUX

Souffrance psychologique



Concept de Total pain:

Douleur physique, morale, spirituelle, psychologique, sociale et culturelle

Et les EI des BPP et Biothérapies

INSUFFISANT RÉNAL

HÉPATIQUE, RESPIRATOIRE

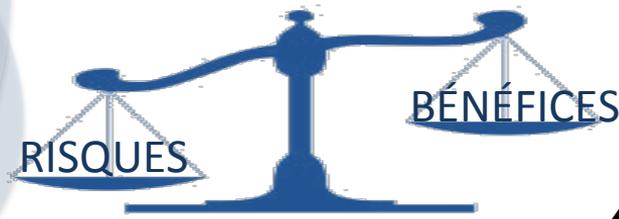
**GÉRER LA DOULEUR
SELON
L'ÉTAT PATHOLOGIQUE**

**POLYMÉDICAMENTS
ET CO-MORBIDITÉS**

**RISQUE VASCULAIRE
AFFECTIONS
RHUMATOIDES
ET AUTO-IMMUNES**

**PSYCHOSES, HANDICAP,
ANXIÉTÉ, PHOBIE,
Expression de la douleur**

DIABÈTE



LA DOULEUR : UN PIÈGE DIAGNOSTIC

*La douleur représente pourtant le signal d'alarme de l'organisme
Le profil psychologique de chaque patient nous incite à toujours
précéder par élimination*

DIFFÉRENCIER :

- LES INSOUCIANTS qui consultent rarement et supporte la douleur
- LES ANXIEUX exprimant la douleur de façon exagérée parfois...

- Madame M
- Femme de 39 ans,
 - Institutrice
- Adressée par les urgences le 02/11/2006 pour des douleurs dentaires dans un contexte anxiogène
- **MULTIPLIE LES CONSULTATIONS SPECIALISEES**
- Antécédents
 - enceinte de 3 mois

Examen Buccale

Ulcérations labiales

Gingivorragies palatines

Diagnostic d' une GUN avec

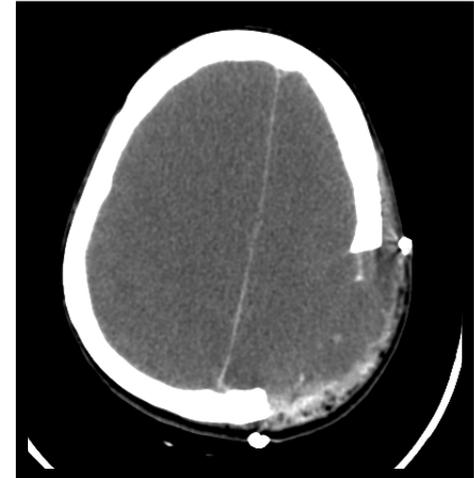
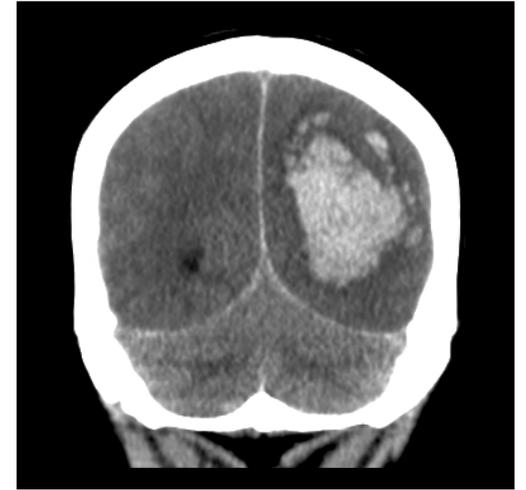
une importante AEG témoin d' un trouble systémique majeur



EXAMEN NEUROLOGIQUE

- Demande de scanner en urgence car malaise
- → HÉMATOME INTRA-CÉRÉBRAL
- → Intervention en neurochirurgie

DÉCÈS DE LA PATIENTE



- Madame C
 - 39 ans
 - 2 enfants



- Adressée au Service d' Odontologie le 22/08/08 par son médecin référent
- Motif de consultation : hyperplasie gingivale
- **AUCUNE DOULEUR, AUCUNE INQUIÉTUDE**

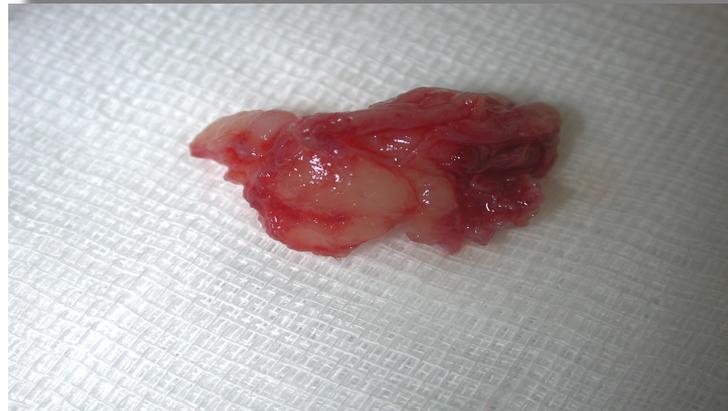
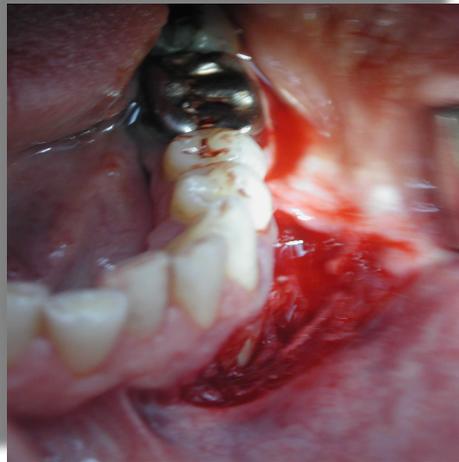
EXAMEN CLINIQUE

- Exo buccal
 - ADP multiples
- Endo buccal
 - Tuméfaction gingivale avec des plages érosives ulcérées, nécrotiques
- Aucune douleur, Pas de saignements, désire rentrer pour travailler dans les vignes

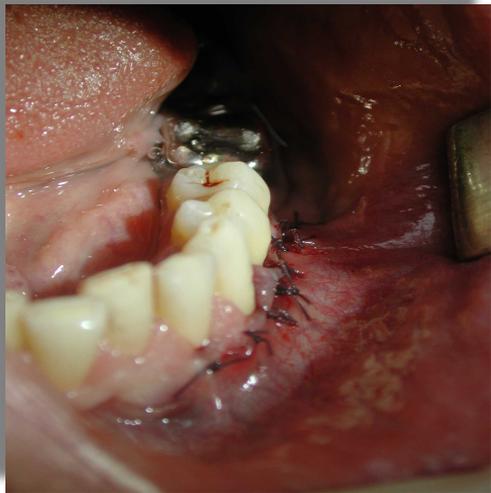
EN URGENCE

Demande de bilans : NFS
Sérologies
Bilan de coagulation
Ionogramme





Lymphome



HÉMOPATHIE

- PATIENT SUIVI PAR UN SERVICE HOSPITALIER
 - Chimiothérapie, radiothérapie
 - Prise de contact avec l'oncologue
 - Hospitalisation de jour parfois indispensable
 - NFS
 - BILAN D'HÉMOSTASE

PATHOLOGIES HÉMATOLOGIQUES

- ANOMALIES PLAQUETTAIRES ET MIE DE WILLEBRAND (associé à une ▼ VIII)
- ANOMALIE DE LA COAGULATION ET LES HÉMOPHILIES
 - CRTH (Centre régional de Traitement de l'Hémophilie)
 - Protocole substitutif (Desmopressine, Minirin[®], facteur VIII, Willebrand)
- ANÉMIES
- ANOMALIES LEUCOCYTAIRES

HÉMOPHILIE

- A (X 6 /r à B)
 - 1:5000, chromosome X
 - Garçon atteint et femme conductrice
- Forme sévère (<1%), modérée (2-5%), mineur (5-10%)
- TCA rallongé (bilan de coagulation sans anomalie)

ANÉMIE

- ANÉMIE NORMOCYTAIRE NON RÉGÉNÉRATIVE
 - Réticulocytes ↘ (Cirrhose, IRC, hémodilution, moelle riche (LAM, LAL, myélome, lymphome))
- ANÉMIE NORMOCYTAIRE OU MACROCYTAIRE RÉGÉNÉRATIVE
 - Réticulocytes ↗ (anémie hémolytique)
- ANÉMIE MACROCYTAIRE NON RÉGÉNÉRATIVE
 - Déficit en Folate, VitB12, MD (méthotrexate, sulfamides), cirrhose
- ANÉMIE MICROCYTAIRE
 - Carence en fer, thalassémie

THROMBOPÉNIE-PATHIE ET MIE DE WILLEBRAND

- THROMBOPÉNIE
 - origine centrale par une insuffisance de production-chimio, toxique, LAM
 - origine périphérique : CIVD, hypersplénisme, destruction auto-immun, purpura
- THROMBOCYTOSE (syndromes myéloprolifératifs)
- THROMBOPATHIE
 - Congénitale : purpura, thrombasthénie, Willebrand
 - Acquis MD : hépatique, rénale, désordre myéloprolifératif

ANOMALIES LEUCOCYTAIRES

- LEUCOPÉNIE ET LEUCOCYTOSES BÉNIGNES
 - Anomalies lymphocytaires
 - Lymphopénie (infections virales, TTT immunosuppresseurs, chimiothérapie, Hodgkin)
 - Lymphocytose (infection, mononucléose infectieuse, LAL, lymphome)
 - Anomalies des polynucléaires neutrophiles
 - Polynucléoses neutrophiles $>9000/\text{mm}^3$ (infection, stress, tumeur)
 - Neutropénie $15000/\text{mm}^3$ (MD, infections, aplasie médullaire, stress)
- HÉMOPATHIES MALIGNES
 - Leucémies aiguës (thrombopénie, anémie, leucopénie)
 - Lymphome (prolifération malignes tissu lymphoïde LMNH, LMH plus rare mais de meilleur pronostic)

HÉMOPATHIE

- PATIENT SUIVIPAR UN SERVICE HOSPITALIER
 - Chimiothérapie, radiothérapie
 - Prise de contact avec l'oncologue
 - Hospitalisation de jour parfois indispensable
 - NFS
 - BILAN D'HÉMOSTASE

INSUFFISANT RÉNAL

HÉPATIQUE, RESPIRATOIRE

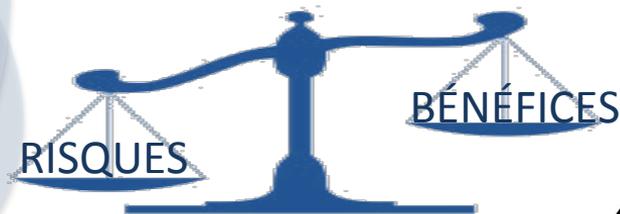
**GÉRER LA DOULEUR
SELON
L'ÉTAT PATHOLOGIQUE**

**POLYMÉDICAMENTS
ET CO-MORBIDITÉS**

**RISQUE VASCULAIRE
AFFECTIONS
RHUMATOIDES
ET AUTO-IMMUNES**

**PSYCHOSES, HANDICAP,
ANXIÉTÉ, PHOBIE,
Expression de la douleur**

DIABÈTE



POPULATION ÉMOTIONNELLEMENT VULNÉRABLE

PRISE EN CHARGE DE L'ASPECT ÉMOTIONNEL DE LA DOULEUR

Anxiété



Deux types de population différents
Deux types de prise en charge

Population qui peut exprimer la douleur mais qui ne se maîtrise pas émotionnellement



Phobie : L'abord de soins doit être adapté au contexte psychogène

Handicap mental



Population qui ne peut pas exprimer la douleur



Approche préventive uniquement,
Examen dentaire minutieux, régulier

HANDICAP MENTAL

Prise en charge de la douleur maximaliste

Nécessité d'un BILAN ÉTIOLOGIQUE RIGOUREUX

- Examen clinique
 - ADP
 - Tuméfaction
 - Caries
- Examens complémentaires
 - Radiologique
 - Biologique
- Mesures préventives → maintenance



HANDICAP MENTAL

- État initial essentiel
- Souvent Impossibilité d' examen dentaire précis du fait de la présence importante de dépôts tartriques

Problématique de l'évaluation et de l'expression de la douleur



HANDICAP MENTAL

Expression atypique de la douleur donc :

- Examen oral type
- Examen radiologique systématique

Règle des 3 A du Dr ANASTASIO

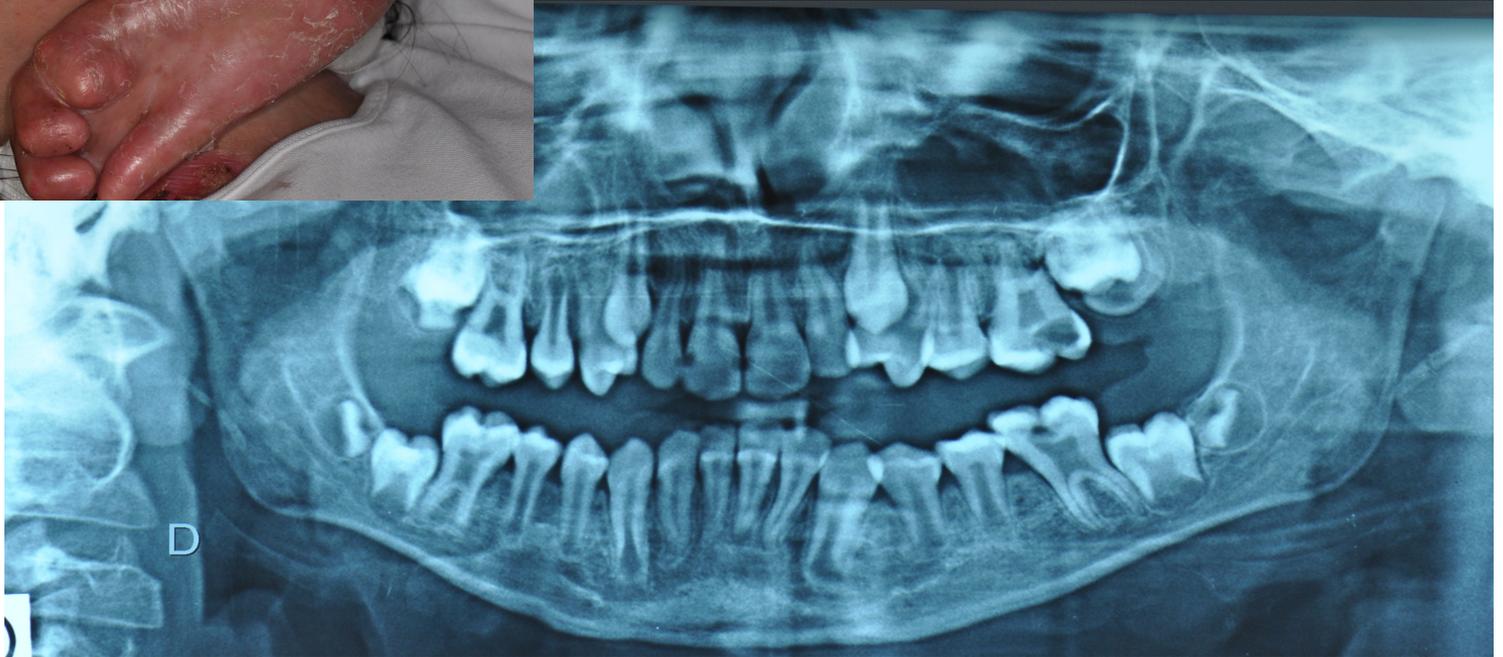
Accessibilité

Adaptation

Approche comportementale



Maryam, 10 ans
ÉPIDERMOLYSE BULLEUSE
congénitale



Maryam, 10 ans
ÉPIDERMOLYSE BULLEUSE
congénitale



Maryam, 10 ans
APPORT INDISPENSABLE TECHNIQUE DE SÉDATION (MEOPA)



Et La sédation IV.....

HYPNOVEL® (midazolam)

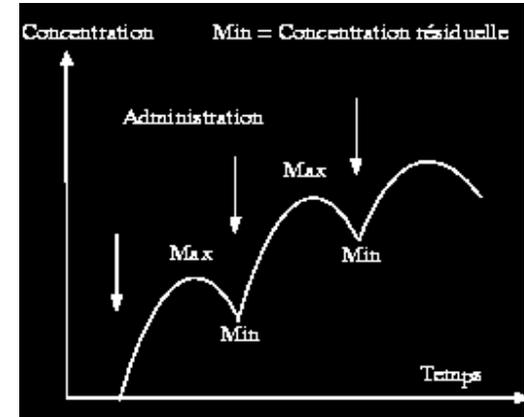
- Benzodiazépine (anxiolytique, sédatrice, amnésiante et myorelaxante).
Il se présente sous forme d'ampoules de 5ml contenant 5mg soit 1mg/ml
- La même forme galénique s'utilise pour l'administration IV, rectale
- Délai d'action :
 - **voie IV : début d'action 2 minutes, pic d'action 7 minutes**
 - **voie rectale : 30 minutes**
 - Durée d'action : 2 heures (durée prolongée chez la personne âgée et diminuée chez l'enfant)
 - Antidote : flumazénil

PSYCHOSES

- Mauvais Etat Bucco-Dentaire (addictions, hyposialie)
- Évaluation de la douleur non fiable
- Tolérance à la douleur (traitements psychotropes)

Il faut :

- **Prise en charge maximaliste d'emblée**
- **Prise régulière en fonction de la $\frac{1}{2}$ vie des molécules données**



PSYCHOSES

- Corticoïdes peuvent décompenser une psychose et déclencher un état confusionnel et un syndrome dépressif
- **Tramadol → risque de crise convulsive**
 - A éviter

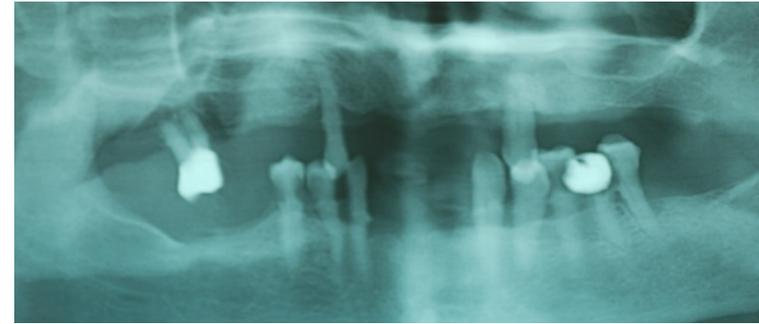


EPAHD

Un terrain particulier?



- Femme de 89 ans, seule, mobilité réduite, 1 heure de trajet
- IR, HTA, Diabète type 2 **non équilibré**, **AAP**
- EDM en hospitalisation programmée
- Même CAT que patients incoopérants



PATIENTS GRABATAIRES SEQUELLES DE PATHOLOGIES VASCULAIRES ET DE PATHOLOGIES NEURODÉGÉNÉRATIVES

- Pathologies neuro-musculaires
 - Fausses routes majorées avec neuroleptiques chez le parkinsonien ou alzheimer

EPILEPSIE

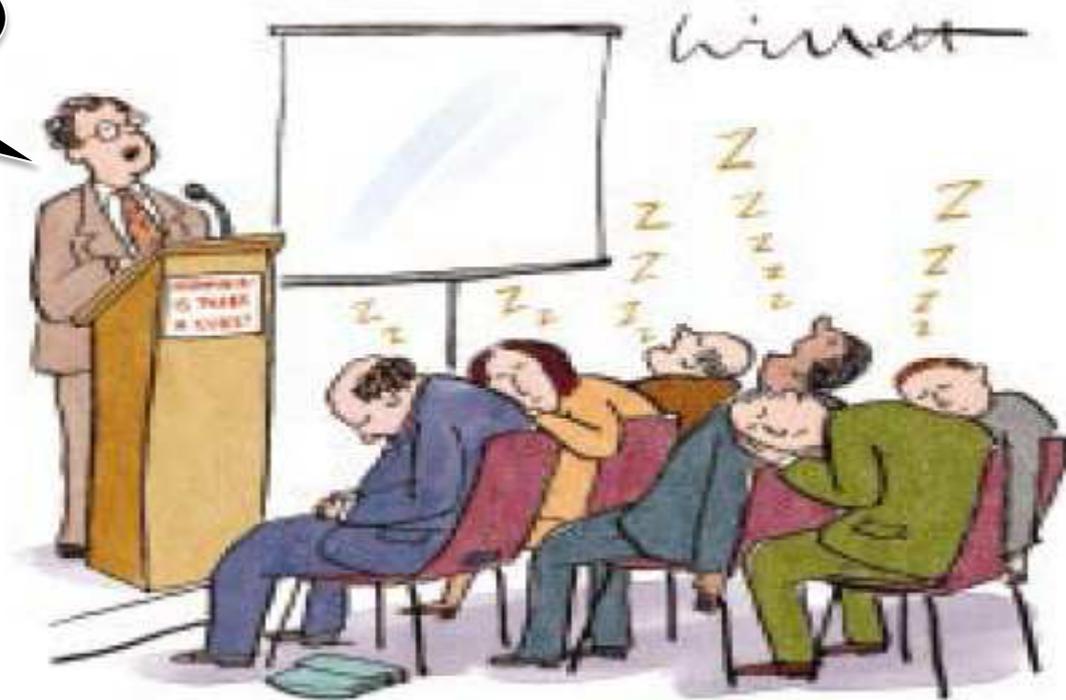
- MD qui abaisse le seuil épileptogène → crise convulsive avec tramadol et IRS

RECOMMANDATIONS des terrains particuliers

- N'est il pas l'évolution de l'odontologie de demain?
- L'odontologie doit s'ouvrir et non exclure ou même limiter la prise en charge du terrain médical à risque
- Aimerions-nous qu'un traitement soit orienté en fonction de notre état physiologique, pathologique médicamenteux?

Merci pour votre
attention

Des questions?



En pratique quotidienn

RAPPEL EXAMENS BIOLOGIQUES

En pratique quotidienne

EXAMENS BIOLOGIQUES EN ODONTOLOGIE

Examens Sanguins

- Hématologiques
 - NFS, CRP, bilan d'hémostase
- Biochimiques
 - Sérologies du VIH, hépatites
 - Glycémie, Hb glyquée
 - Ionogramme
 - Bilans rénal et hépatique

Paramètres de base

- TA
- T°
- Fréquence cardiaque
- Fréquence respiratoire
- EVA
- NFS
- CRP
- ...



EXAMENS SANGUINS

NFS - Hémogramme

- Éléments figurés, hémoglobine
- Numération des érythrocytes (GR)
 - H 4,5-6,2 ; F 4,0-5,4 par mm³
- Hémoglobine (anémie, polyglobulie)
 - H 130-170 g/L ; F 120-160 g/L
- Constantes érythrocytaires
 - VGM (anémie micro ou macrocytaire)
 - TCMH -CCMH (normo ou hypochromie)

ÉTUDE DES ÉLÉMENTS FIGURÉS DU SANG

- LEUCOCYTES

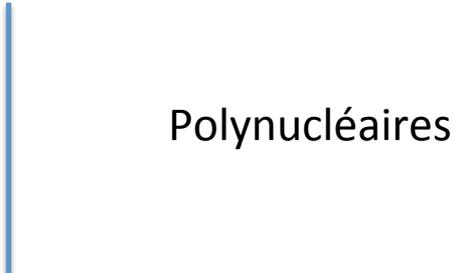
- Adulte 4-10 G/L
 - Neutrophiles 2-8 G/L
 - Éosinophiles 0,1-0,5 G/L
 - Basophiles <0,1 à 0,5 G/L
 - Lymphocytes 1,5-3 G/L
 - Monocytes 0,2-1 G/L

- HÉMATIES

- Anisocytose, poïkilocytose

- PLAQUETTES

- Thrombopénie si <150G/L hyperplaquettose si >500G/L



Polynucléaires

LEUCOCYTES

NEUTROPHILES

AUGMENTATION (NEUTROPHILIE)	DIMINUTION (NEUTROPÉNIE)
INFECTIONS BACTÉRIENNES SYNDROMES INFLAMMATOIRES PARASITOSE ISCHÉMIE OU NÉCROSE TISSULAIRE CANCER MALADIE DE HODGKIN SYNDROME MYÉLOPROLIFÉRATIF HÉMORRAGIES ET HÉMOLYSE TABAGISME MALADIES MÉTABOLIQUES (ACIDOSE DIABÉTIQUE, INSUFFISANCE RÉNALE)	MÉDICAMENTS INFECTIONS VIRALES TYPHOÏDE ET PARATHYPOÏDE PALUDISME HYPERTHYROÏDIE MALADIE DE WALDENSTRÖM, MYÉLOME APLASIE MÉDULLAIRE ANÉMIE (FERRIPRIVE, DÉFICIT EN AC FOLIQUE) ENVAHISSEMENT MÉDULLAIRE

AUGMENTATION DES GRANULOCYTES ÉOSINOPHILES (ÉOSINOPHILIE)

- ALLERGIE (ASTHME, ÉCZÉMA), PARASITOSE, DIVERSES HÉMOPTHIES (HODGKIN)

AUGMENTATION DES POLYNUCLÉAIRES BASOPHILES (BASOPHILIE)

- ANAPHYLAXIE, SYNDROME MYÉLOPROLIFÉRATIFS, HODGKIN, LEUCÉMIE CHRONIQUE, SYNDROME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE (CROHN), CAUSE INFECTIEUSES (SINUSITES), CAUSE ENDOCRINE (HYPOTHYROÏDIE), ANÉMIE HÉMOLYTIQUE CHRONIQUE (THALASSÉMIE)

LYMPHOCYTES

AUGMENTATION (LYMPHOCYTOSE)	DIMINUTION (LYMPHOPÉNIE)
INFECTION (COQUELUCHE) ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE LEUCÉMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE SYNDROME LYMPHOPROLIFÉRATIF MIE DE WALDENTRÖM	CORTICOTHÉRAPIE IRRADIATION DÉFICITS IMMUNITAIRES CONGÉNITAUX OU ACQUIS IMMUNOSUPPRESSION PROLONGÉE (GREFFE) POLIOMYÉLITE SARCOÏDOSE

MONOCYTES

AUGMENTATION (MONOCYTOSE)	DIMINUTION (MONOCYTOPÉNIE)
INFECTION NEUTROPÉNIE CONGÉNITALE SYNDROME MYÉLOPROLIFÉRATIF	APLASIE MÉDULLAIRE (CHIMIOTHÉRAPIE)

VS - CRP

- VS (non spécifique, variable en fonction sexe et âge)
 - 50% : Infection
 - 25% : Pathologie tumorale
 - 25% : Affection inflammatoire
- CRP
 - PROTÉINES de l'inflammation
 - Synthétisée par le foie (IL6)
 - Évolue en parallèle avec l'évolution de l'infection

Exploration de l'Hémostase

- Hémostase primaire (tps vasculaire et plaquettaire)
 - TS (non prédictif)
 - → PFA (Platelet Function Analyser)
 - Dosage fibrinogène (2-4g/L) CIVD si ↘
 - Dosage facteur Willebrand
- Coagulation
 - TCA (intrinsèque IX, VIII, HNF) ≠ HBPM
 - TQ (s) – TP (s et %) – INR (extrinsèque VII, vit K)

INTERPRÉTATION DU BILAN D'HÉMOSTASE

- HÉMOSTASE PRIMAIRE

Plaquettes	TS	TCA	INR	Orientation Diagnostiques
-	+			Thrombopénie
	+			Thrombopathie médicamenteuse, associée à certaines affections rénales, myéloprolifératives
	+	+		Mie de Willebrand
		+	-	AVK, Ice Hq
			-	Déficit VII
		+		Héparine, déficit voie endogène, VIII, IX

- COAGULATION

- TQ allongé (Vit K, hypovitaminose, AVK)
- TQ et TCA allongés
 - → fibrinogène - : anomalie constitutionnelle ou acquise par ttt thrombolytiques, CIVD, Ice Hq
 - → fibrinogène normal : anticoagulants
- TS et TCA allongés → Mie Willebrand, Thrombopénie par ttt hépariniques
- TS, TCA et TQ allongé → Ice Hq, CIVD, déficit majeur en fibrinogène

EXAMENS BIOCHIMIQUES

- **GLUCOSE**
 - Glycémie (à jeun 0,6-1,1g/L, postprandiale 0,7-1,5g/L, épreuve d'hyperglycémie orale)
 - Hb Glyquée – glycémie sur 3 mois- 4 à 6,5%
- **IONOGRAMME**
 - Électrolytes
 - Détection troubles ioniques (mie rénale, hormonales, iatrogènes, déshydratation, malnutrition)
- **BILAN RÉNAL**
 - IRC, IRA → altération hémostase, susceptibilité aux infections, toxicité médicamenteuse
 - Urée (dégradation P alimentaires), créatinine (dégradation P musculaires), clairance de la créatinine (100-140 mL/min)
- **BILAN HÉPATIQUE**
 - Transaminases passent dans le sérum en cas de cytolyses hépatiques → ASAT-ALAT (↗ si cytolyses hépatiques virales, toxiques, médicamenteuses)
 - Gamma-glutamyl transférase (métabolisme des AA) → ↗ en cas de carcinome, hépatite virale, alcoolisme

EXAMENS SÉROLOGIQUES

- VIH
 - ↘LT4, Monocytes, Macrophages
 - Test Elisa et seuil de détection Ag p24
 - Si +f → identification VIH-1 et VIH-2 par WB
- HB
 - But : diagnostic précoce pour prévention cirrhose hépatique, carcinome hépatocellulaire et proposer une vaccination aux sujets à risque
 - Dépistage : Ac Anti-HBc, Ag HBs, Ac Anti-HBs
- HC
 - Δc Basé sur mise en évidence anticorps anti-VHC (Elisa)
 - Si test Elisa +f :
 - HC chronique = contagieuse (85%)
 - HC ancienne guérie = non contagieuse (15%)
 - HC aiguë (rare)

SITUATIONS CLINIQUES NÉCESSITANT LE RECOURS À UN EXAMEN SANGUIN EN PRATIQUE ODONTOLOGIQUE COURANTE

- DIABÈTE
- CIRRHOSE HÉPATIQUE
- PATHOLOGIES RÉNALES
- PATHOLOGIES HÉMATOLOGIQUES
- PATHOLOGIES IMMUNITAIRES
- TTT INDIQUANT UN BILAN BIOLOGIQUE EN ODONTOLOGIE

EFFETS DES MD SUR LA CAVITÉ BUCCALE

- NEUROLEPTIQUES
- MD ANTICHOLINERGIQUES
- MD ANTINÉOPLASIQUES
- IEC
- BPP
- CYCLINES
- CORTICOÏDES

EFFETS DES MD SUR LA CAVITÉ BUCCALE

- ACCROISSEMENT GINGIVAUX
 - Inhibiteurs calciques
 - Immunosuppresseurs
 - Antiépileptiques
- ULCÉRATION
 - Nicorandil (antiangineux)
 - Captopril (IEC)
 - Béta-bloquants
 - Thérapies ciblées
 - AINS
 - MTX (immunosuppresseurs)
 - ISRS
 - Chimiothérapies
- MD LICHÉNOIDES
 - Allopurinol
 - Captopril
 - Penicillamine
 - Ramipril (IEC)

EFFETS DES MD SUR LA CAVITÉ BUCCALE

- PIGMENTATION
 - Antipaludéens de synthèse
 - Chimiothérapies
 - Imanitib
 - Interféron alpha
- MD IMMUNUSUPPRESSEURS
 - Mycose, GUN, virus EBV, HPV, Mycobacterium tuberculosis
- ONM
- XÉROSTOMIE
- HALITOSE
- DYSGUEUSIE
 - IEC
 - AB
 - ANTIFONGIQUES
 - CHIMIOTHÉRAPIE
 - THÉRAPIES CIBLÉES

