

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ

ABOU BEKR BELKAID UNIVERSITY OF TLEMCEM

FACULTY OF MEDICINE- DR. B. BENZERDJEB

DENTAL MEDICINE DEPARTMENT



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

د. ب. بن زرجب - تلمسان

قسم طب الاسنان

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDCINE DENTAIRE**

Thème:

**Les échecs du traitement dentaire ; entre
prescriptions abusives et impasse thérapeutique**

Présenté par :

BOUZID DAHO HADJRIA

DINEDANE LOUBNA

Soutenue publiquement le 11 juin 2024

Dr.BENSAIDI SOFIANE	Maitre de conference en parodontologie	Président
Dr. BOUKLI Nassim	Maitre-assistant en pharmacie	Examineur
Dr. BERRICHI Moustapha	Maitre-assistant en pharmacie clinique	Examineur
Dr.GUENDOOUZ Souhila	Maitre-assistante en pharmacie galénique	Examinatrice
Pr.MEDJADI Sidi Mohamed	Médecin chef du service d'Anesthésie-Réanimation	Encadrant

Année universitaire 2023-2024

Remerciements

الْحَمْدُ لِلَّهِ شُكْرًا
الْحَمْدُ لِلَّهِ يَوْمًا وَ شَهْرًا وَ عُمْرًا
الْحَمْدُ لِلَّهِ فِي السَّرَّاءِ وَ الضَّرَّاءِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ دَائِمًا وَ أَبَدًا
يَا مَنْ وَهَبْتَنِي أَعْظَمَ النِّعَمِ مِنْ غَيْرِ حَوْلٍ وَ لَا قُوَّةَ مِنِّي
يَا مَنْ أَلْهَمْتَنِي وَ عَلَّمْتَنِي وَ وَفَّقْتَنِي فِي عَمَلِنَا هَذَا وَ أَعَنْتَنِي عَلَى اِتِّمَامِهِ
لَكَ الْحَمْدُ وَ الثَّنَاءُ كَمَا يَنْبَغِي لِجَلَالِ وَجْهِكَ وَ لِعَظِيمِ سُلْطَانِكَ

À NOTRE ENCADRANT DE CE MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Pr. MEDJADI SIDI MOHAMMED

Médecin chef du service d'Anesthésie et Réanimation

Nous avons eu un grand plaisir à travailler sous votre direction, votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles. Vos conseils précieux ainsi que votre disponibilité malgré vos lourdes responsabilités nous ont permis de mener à bien la réalisation de ce mémoire

Veillez trouver ici, le témoignage de notre reconnaissance et notre profond respect.

À NOTRE PRESIDENT DE JURY

Dr BENSAIDI SOFIANE

Maitre de conférences en Parodontologie bucco-dentaire.

Votre présence au sein de notre jury constitue pour nous un grand honneur. Par votre modestie, vous nous avez montré la signification morale de notre profession. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre très respectueuse considération

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Dr BOUKLI NASSIM

Maitre-assistant en Pharmacologie

Nous vous sommes très reconnaissantes monsieur d'avoir accepté la présidence de notre jury et le temps que vous avez consacré à la lecture du manuscrit. Que dieu fasse que ce travail porte son fruit et qu'il vous soit dédié en témoignage de notre profonde gratitude.

Docteur BERRICHI Moustapha

Maitre-assistant en Pharmacie Clinique

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury et l'intérêt que vous portez à notre travail. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Veuillez accepter, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

Docteur GUENDOZ Souhila

Maitre-assistante en pharmacie galénique

Nous avons l'honneur d'avoir accepté d'examiner ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et l'assurance de nos sentiments respectueux. Veuillez agréer nos remerciements les plus sincères

NOUS EXPRIMONS ÉGALEMENT NOS VIFS REMERCIEMENTS À

Professeur CHAABNI. N

Professeur en épidémiologie et médecine préventive

Nous vous remercions pour votre gentillesse et votre spontanéité, qui ont permis de donner un sens chiffré à nos résultats. Merci également pour votre aide dans la compréhension de nos résultats et dans l'analyse statistique. Nous vous adressons nos plus sincères remerciements.

Docteur MAHOUCHE RABAH

Médecin spécialiste en maxillo-faciale

Je souhaite vous adresser mes plus sincères remerciements pour les soins exceptionnels que vous m'avez apportés. Votre expertise, votre compassion durant cette période difficile. Merci pour votre écoute attentive et vos précieux conseils, qui ont grandement contribué à mon rétablissement. Vous avez fait preuve d'un grand professionnalisme et d'une bienveillance remarquable, et je vous en suis profondément reconnaissant(e).

*Mes vifs remerciements s'adressent également à tous les enseignants durant mon cursus universitaire, spécialement à **Dr. Kedroussi .A** et **Pr. Azzouni. I** pour leur soutien inestimable et leurs précieux conseils tout au long de notre stage et de notre formation*

أهدي هذا العمل المتواضع حصيلة ست سنوات في دراسة طب الأسنان

إلى صديقتي الأولى وحببتي الدائمة، أمي

أنتِ أمي وأماني وإيماني وأمتي واطمنناني، مسكني وسكني وراحتي وروحي وجنتي وأعلى ما أملك

فعندما كانت الأيام تهديني، كنت في مصلاكِ تبيني، فغطيت كل ثغرات حياتي ومنحتني القوة والعزيمة. لم تكوني يوماً امرأةً عادية، كنتِ ولا زلتِ كملاكٍ وكبطلَةٍ خارفة، فبكِ انتصرتِ وبكِ وصلتِ إلى ما أنا عليه الآن.

اللهم ارزق فوق عمرها عمراً وفوق صحتها عافيةً واجعل سعادتها كظلمها.

إلى أمني وسكني، مثلي الأعلى في الوجود، إلى أبي

دمتِ قدوتي وسندي الذي لا يكلّ ولا يملّ، فضلكِ عليّ أبي لا يقدر بثمن، تعبُك لأجل نجاحي أزاح عني تعب وعبء السنين. لكِ مني، أبتني، كل الشكر على دعمك وثقتك. أرجو من الله أن أكونَ قد وفقْتُ ولو قليلاً في بلوغِ تلكِ المرتبة التي طالما حلمتِ أن تراني عليها. إن نجاحي اليوم هو نجاحك، وفخرك بي هو غايتي وكل نجاحي.

إلى جميلتي وأميرتي، أختي صبيحة

أنتِ حببتي ونصفي الآخر وسر سعادتي، عالمي وكل شيء بالنسبة لي. لا دنيا تقارن بكِ ولا وطن يغني عنك، فيارب بعدد دقات قلبي، احفظ لي أختي.

إلى برينتي الصغيرة سناء

لستِ أختاً فقط، فحنانك وضحكك التي لا تفارقك هما مصدر الضوء في حياتي. فأنتِ أعلى ما أملك. ستكونين أجمل طبيبة

أتمنى لكِ النجاح طوال مشوارك التعليمي، فأنتِ تستحقين الأفضل.

إلى صديقة دربي وأختي فاطمة الزهراء حجيرية

أحسنتِ صحبتي ورعيتي مشاعري، وجعلتيني في قربك راضية عن الدنيا وما فيها، الحمد لله الذي جعلك أختاً لروحي وصاحبة لعمرى.

لم يجمعنا هذا العمل فقط، بل جمعتنا أجمل الذكريات وأجمل الأيام، أتمنى لكِ التوفيق والنجاح، وأن تكوني صديقة دربي كل العمر.

و أخيراً أنا فخورة بنفسي و بما صنعت, لم يكن الطريق سهلاً و لكنني فعلتها و سأفعلها دائما ما دام ربي معي.

Dinedane loubna

بسم الله الرحمن الرحيم

أرفع أسمى آيات الشكر والثناء لله عز وجل، الذي منحني القوة والإرادة لتحقيق هذا النجاح والتخرج
أشكر نفسي على الصبر والمثابرة والإصرار للوصول إلى هذا اليوم. لقد كانت رحلة مليئة بالتحديات والعقبات استطعت
تجاوزها

لأمي الغالية، صديقتي ورفيقتي دربي

بكل فخر وامتنان، أقف اليوم لأعبر لك عن شكري وتقديري العميقين لك ولدعمك الذي لا يضاهاى طوال سنوات دراستي.
أنت لم تكوني فقط والدتي لقد كنتِ الشمعة التي أضاءت طريقي ، بل كنتِ أيضاً رفيقتي الحميمة، الصديقة المخلصة، وسندي
في كل تحدٍ أو صعوبة واجهتها في الظلام، واليد التي أمسكت بي عندما كنتُ متلهفاً للركض. بفضلك، تعلمت قوة الإرادة
والصبر، وأصبحت قادراً على تحقيق أحلامي بكل ثقة وإيمان في هذا اليوم الخاص، أتوجه إليك بكل مشاعر الحب والامتنان،
وأعدك بأنني سأواصل بذل كل جهدي لأكون فخوراً بك، تماماً كما أنا فخور بك دائماً

إلى روح والدي الغالي

أهديك نجاحي وتخرجي، يا من كنت الداعم الأكبر لي طوال حياتي. رغم غيابك الجسدي، إلا أن حضورك الروحي يرافقني
في كل خطوة أخطوها لقد كنت دائماً القدوة والمثل الأعلى لي، ومصدر القوة والإلهام أشعر بالفخر أن أقدم لك هذا الإنجاز،
وأعلم أنك فخور بي كما كنت يوماً. فقد علمتني السعي والاجتهاد، وغرست في نفسي حب العلم والمعرفة أدعوك يا أباي، من
عالمك البعيد، أن تنظر إلي بعين الرضا والفخر. رحمك الله وأسكنك فسيح جناته، وجزاك عني كل خير

أود أن أتقدم بخالص الشكر والامتنان إلى أُمي الثانية عائشة وحفيظة، وإخوتي مجيد و آدم، وأحبائي. لقد كنتم دائماً مصدر
دعم وتشجيع لي خلال رحلتي الأكاديمية. بفضل محبتكم ورعائتكم، تمكنت من التغلب على الصعوبات وتحقيق النجاح.

شكراً لكم من أعماق قلبي.

إلى زميلتي العزيزة ورفيقتي دربي دينان لبنى

أهديك تخرجي هذا تعبيراً عن امتناني العميق وسعادتي بمشاركتك هذه الرحلة. كنتِ السند والداعم ورفيقتي الدراسة التي لا
هذا النجاح هو ثمرة جهودنا المشتركة. أشكرك من قلبي .تُنسى. لولا دعمك وتشجيعك المستمر، لما وصلت إلى هذا اليوم
على كل اللحظات الجميلة والدعم الذي لا يُقدَّر بثمن. أتمنى لك كل التوفيق والنجاح في مستقبلك

إلى رفيقتي وصديقة طفولتي العزيزة ليلي

أهديك تخرجي هذا تعبيراً عن امتناني العميق وسعادتي بمشاركتك لي هذه الرحلة الطويلة. كنتِ دائماً بجانبني، وذكرياتنا
أشكرك من قلبي على كل شيء، وأتمنى لك .مليئة باللحظات الجميلة والدعم المتبادل. هذا الإنجاز هو ثمرة جهودنا المشتركة
كل التوفيق والنجاح في مستقبلك

إلى صديقتي العزيزات في الجامعة زينب، فاطمة، لبنى و إنصاف

شكراً لكنّ على كل لحظة جميلة قضيناها معاً، وعلى الدعم والتشجيع الذي لم يتوقف يوماً.

كنتنّ دائماً دائماً العائلة الثانية لي، ولحظتكنّ الجميلة لن تُنسى

Bouzid dako hadjria

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens

ATB : Antibiotique

ANK : Anti Vitamine K

ATM : Articulation temporo-mandibulaire

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

DAM : Dysfonctionnement de l'appareil manducateur

DDS : Dent de sagesse

MUI : Million d'Unités Internationales

OCE : Odontologie conservatrice endodontique

OMS : Organisation mondiale de santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PBD : Pathologie bucco-dentaire

SAMU : Service d'aide Médicale urgente

Liste des Figures

Figure 1 :Répartition selon le sexe	55
Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge.	56
Figure 3 : Répartition des patients selon le service.....	57
Figure 4 : Répartition des patients selon la présence ou non d'une maladie générale.	58
Figure 5 : La répartition des pathologies selon le pourcentage de chaque type.	59
Figure 6 : La répartition des patients selon la résistance aux médicaments.	60
Figure 7 : La répartition des patients résistants selon l'administration des médicaments.	61
Figure 8 : La répartition des pathologies selon la cause de la consommation Inappropriée des médicaments.	62
Figure 9 : La répartition des pathologies selon le motif de consultation.	63
Figure 10 : Répartition des pathologies selon le diagnostic étiologique.	64
Figure 11 : La répartition des pathologies selon le plan de traitement établi	65
Figure 12 : La répartition des pathologies selon la nature d'ATB prescrit.....	66
Figure 13 : La répartition des pathologies selon la nature d'AINS prescrit.	67
Figure 14 : La répartition des pathologies selon la nature d' AIS prescrit.	68
Figure 15 : La répartition des pathologies selon le pourcentage de prescription des antalgique.	69
Figure 16 : La répartition des pathologies selon Evolution global après le traitement.	70
Figure 17 : La répartition des patients selon les signes cliniques d'échec.....	71
Figure 18 : La répartition selon le pourcentage des impasses thérapeutiques.	74
Figure 19 : La répartition selon les causes d'impasse thérapeutique.....	75

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Posologie des macrolides	10
Tableau 2 : Posologie de la Métronidazole	11
Tableau 3: Posologie des Tétracyclines	12
Tableau 4:La répartition des cas selon les facteurs cliniques d'échecs.....	72
Tableau 5 : Répartition des échecs selon la solution proposée par le médecin traitant.	73

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	
Dédicace	
Table des matières	
Liste des abréviations	i
Liste des figures	iii
Liste des tableaux	vii
Introduction.....	1
I. La prescription des antibiotiques en médecine dentaire	4
1. La définition de la prescription médicamenteuse	4
2. Les antibiotiques	5
2.1. Les critères de classification	5
2.2. Spectre de classification.....	6
2.3. La Nature chimique.....	6
2.3. La classification	6
2.3.1. Les aminoside	6
2.3.2. Les beta lactamines	7
1. Amoxicilline.....	7
2. Amoxicilline + acide clavulanique	8
2.3.3. Les Macrolides.....	9
2.3.4. Nitro-imidazolé	10
2.3.5. Les tétracyclines.....	11
3. Antibiothérapie par voie systémique.....	12
3.1. Les infections des tissus mous	12
3.1.1. Les cellulites	12
3.1.2. Accidents d'évolution dentaire : péri coronarite.....	13
3.2. Les infections des tissus osseux	14
3.2.1. L'alvéolites.....	14
3.2.2. Les ostéites.....	14
3.2.3. L'osteoradionécrose	15
3.3. Les infections sunisiennes d'origine dentaire	16
3.4. Les infections des glandes salivaires	17
3.5. Les infections endodontiques.....	18
1. Syndrome dentinaire	18
2. Pulpite réversible :	18

3. Pulpite irréversible	18
4. La nécrose pulpaire :	18
5. Syndrome du symptôme.....	18
6. Parodontite d'origine dentaire endodontique aigue :	18
7. Parodontite d'origine dentaire endodontique aigue abcédé :	18
1.3.6. Les infections parodontales.....	19
1. Gingivite due à la plaque	19
2. Parodontite chronique	19
3. Parodontite agressive	19
4. Gingivite et Parodontite nécrotiques.....	20
5. Moyens thérapeutiques	20
4. Antibioprophylaxie	22
II. La prescription des anti inflammatoires en médecine dentaire	24
1. Rappel sur L'inflammation	24
1.1. Définition	24
1.2. Physiopathologique de l'inflammation	24
1.3. Les phases de l'inflammation	25
1.4 Les formes cliniques de l'inflammation.....	25
1 Inflammation aiguë	25
2 Inflammation subaiguë.....	25
3 Inflammation chronique.....	25
1.5. Signes cardinaux de l'inflammation	25
1.6. Médicaments de l'inflammation : trois classes essentielles.....	26
2. Les anti inflammatoires non stéroïdienne.....	26
2.1 Définition	26
2.2. Effets indésirables	26
2.3. Contre-indications.....	27
2.4. Recommandations ANSM	27
2.5. Les règles du bon usage des AINS en cas de douleurs ou fièvre.....	28
3. Les corticoïdes	28
3.1. Définition	28
3.2. L'indication courante des corticoïdes en odontostomatologie.....	29
3.3. Les effet indésirables	29

3.4. Les modalités de prescription des AIS et AINS en odontostomatologie	30
3.4.1. Les patients traités par AINS	31
3.4.2. Les patients traités par corticoïde.....	31
4. Utilisation des AIS dans la pratique Odontologique.....	31
4.1. Algies inflammatoire aigue.....	31
4.2. Algie symptomatique d'une affection neuropathie aigue	31
4.3. En chirurgie buccale.....	32
4.4. Lésion dermatologiques de la muqueuse buccale	33
4.4.1. Ulcération aphteuse.....	33
4.4.2. Lichen plan.....	33
4.4.3. Pemphigus et penghigoïde	34
4.4.4. Lithiases salivaires	35
4.5. En odontologie conservatrice et endodontie	35
4.5.1. Ciments d'obturation canalaire	35
4.5.2. Lésion du nerf alvéolaire inférieur.....	35
4.6. En parodontologie.....	36
4.7. En implantologie.....	36
4.8. Dans les pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire	36
4.9. En thérapeutique d'urgence Pour leur action immunosuppressive et anti-allergique.....	37
4.9.1. Conduite à tenir devant une crise d'asthme.....	37
4.9.3. La prise en charge d'un choc anaphylactique.....	38
III Les échecs des traitements dentaire en dentisterie.....	40
1. Définition	40
2. Les signes cliniques d'échec	40
3. Différents types d'échecs de traitement en dentisterie	41
4. La prescription abusive des médicaments.....	42
5. L'usage abusif des médicaments.....	43
Facteurs propres au patient liée l'usage abusive des médicaments :	43
6. Les complications de l'Administration incorrecte d'un médicament	44
7. Les solutions pour éviter l'usage abusif de médicaments :.....	45
IV. L'impasse thérapeutique en médecine dentaire	46
1. Définition de l'impasse thérapeutique	46
2. Importance de la gestion des impasses thérapeutiques dans la pratique dentaire.....	46

3. Compréhension des impasses thérapeutiques	47
3.1. Causes des impasses thérapeutiques en médecine dentaire	47
3.2. Conséquences des impasses thérapeutiques.....	48
4. Stratégies pour gérer les impasses thérapeutiques	49
1- Objectif de l'étude :	51
Objectif principal :	51
Objectifs secondaires :	51
2- Patients et méthodes :	51
2-2- Lieu et durée d'étude :	51
2-3- Population d'étude :	52
2-4- Critères d'inclusion	52
2-5- Déroulement de l'étude	52
-Matériels utilisés pour l'examen clinique et la prise en charge des patients	52
Volet identification	53
Volet clinique	53
-Exploitation et analyse des données :	53
2-6- Difficultés rencontrées :	54
2-7- Considérations éthiques:	54
3- Résultats	55
3-1- Description de la population d'étude	55
3-1-1 Répartition selon le sexe	55
3-1-2 Répartition selon l'âge	56
3.1.3. Répartition des patients selon lieu de consultation	57
3.2. Répartition des patients selon l'existence d'antécédents médicale	58
3.2.1. Répartition selon la présence ou non d'une maladie générale associée	58
3.2.2. Description des pathologies rencontrées	58
3.2.3. Présence d'une résistance médicamenteuse	60
3.2.4. L'administration des médicaments chez les patients résistants	61
3.2.4. La cause de la consommation inappropriée des médicaments	62
3.3. Répartition de l'effectif des patients selon le motif de consultation	63
3.4. Répartition de l'effectif des patients selon le diagnostic étiologique	64
3.5. Prise en charge thérapeutique	65
3.5.1. Le plan de traitement établi par le médecin traitant	65

3.5.2. Les médicaments prescrits par le médecin traitant	66
3.6. Evolution global après le traitement	70
3.6.1.Les signes cliniques de l'échec	71
3.6.2. Les facteurs associés l'échec.....	72
3.6.3.La solution proposée par le médecin traitant	73
3.7. Impasse thérapeutique :.....	74
3.8. Les causes d'impasse thérapeutique	75
Discussion :	76
La conclusion	85
Etat générale :.....	99

Introduction

Introduction

La médecine dentaire, en tant que discipline médicale spécialisée dans le diagnostic, le traitement et la prévention des affections bucco-dentaires, revêt une importance cruciale pour la santé globale et le bien-être des individus. Son domaine d'expertise englobe une variété de traitements allant de la gestion des caries dentaires et des maladies parodontales aux interventions chirurgicales complexes pour la correction des anomalies dentaires et faciales et les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) nécessitent une compréhension approfondie et des interventions spécialisées pour assurer un traitement efficace et durable.

La prescription d'antibiotiques pour traiter les infections dentaires, telles que les abcès dentaires et les infections parodontales graves. Ces médicaments agissent en éliminant les bactéries responsables de l'infection, aidant ainsi à réduire l'inflammation et à prévenir les complications potentiellement graves. Cependant, l'utilisation excessive ou inappropriée d'antibiotiques peut entraîner des conséquences néfastes, notamment le développement de résistances bactériennes, la survenue d'effets secondaires indésirables et la perturbation de la flore microbienne normale de la cavité buccale.

De même, les anti-inflammatoires tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont couramment prescrits pour soulager la douleur et réduire l'inflammation associée à diverses affections dentaires telles que les douleurs postopératoires et les inflammations gingivales. Ces médicaments agissent en inhibant la production de prostaglandines, des substances chimiques impliquées dans la médiation de la douleur et de l'inflammation. Cependant, leur utilisation prolongée ou à des doses élevées peut être associée à des effets secondaires gastro-intestinaux et cardiovasculaires, soulignant ainsi la nécessité d'une prescription judicieuse et d'une surveillance étroite.

Malgré les avancées dans le domaine de la médecine dentaire, des défis persistent, notamment en ce qui concerne la prescription abusive de médicaments et les échecs thérapeutiques, qui peuvent survenir en raison de divers facteurs, tous ayant un impact sur le succès du traitement. Les erreurs de diagnostic sont l'une des causes principales, car une identification incorrecte du problème dentaire peut entraîner des interventions inappropriées.

De plus, la coopération du patient est cruciale. Une mauvaise compliance, telle que le non-respect des instructions ou la non-prise des médicaments prescrits, peut compromettre les

résultats du traitement. En outre, des complications imprévues pendant le traitement, comme des réactions allergiques ou des saignements excessifs, peuvent nécessiter des ajustements du plan de traitement initial. Ainsi une gestion attentive de ces facteurs est essentielle pour garantir des résultats cliniques optimaux en médecine dentaire.

Face à ces-situations, les praticiens doivent adopter une approche réfléchie et stratégique, en réévaluant minutieusement les stratégies de traitement initiales afin d'identifier les éventuelles lacunes ou erreurs. En prenant en compte les nouveaux éléments découverts, ils peuvent ajuster le plan de traitement en conséquence. Cela implique également une collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour obtenir des avis supplémentaires et des recommandations précieuses. De plus il est essentiel de fournir un soutien continu aux patients en les tenants informés de tout changement dans le plan de traitement, afin d'optimiser les résultats cliniques.

Enfin, un suivi attentif et une évaluation régulière sont indispensables pour garantir des résultats optimaux. Après avoir apporté des ajustements au plan de traitement il est essentiel de surveiller attentivement la réponse du patient et évaluer régulièrement les progrès. Cela permet de détecter rapidement tout signe de récurrence ou de complication et de prendre les mesures appropriées pour y remédier.

Dans ce contexte, Quels sont les impacts de la prescription abusive des médicaments et les impasses thérapeutiques sur l'efficacité des traitements dentaires, et quelles approches peuvent être développées pour améliorer la qualité des soins dentaire et l'efficacité clinique ?

Chapitre I :

La prescription médicamenteuse en Médecine dentaire

I. La prescription des antibiotiques en médecine dentaire

1. La définition de la prescription médicamenteuse

La prescription médicale est l'action par laquelle un professionnel de la santé recommande à un patient les médicaments qu'il estime appropriés. C'est un acte médical qui comporte des implications au niveau de la responsabilité disciplinaire, civile et pénale, et qui nécessite une évaluation méticuleuse de la situation du patient tout en visant des objectifs spécifiques.

Pourquoi recommander un traitement : Un professionnel de la santé peut prescrire un médicament dans l'un des buts suivants :

- Diagnostic : rarement utilisé en odontologie chirurgicale,
- Préventif : par exemple, l'antibioprophylaxie,
- Thérapeutique : pour soulager la douleur, ou pour une antibiothérapie curative.

Il est essentiel de noter qu'aucun médicament n'est exempt d'effets secondaires. Par conséquent, avant de prescrire un médicament, il est nécessaire de :

- Évaluer le rapport bénéfice-risque, qui doit être favorable,
- Tenir compte du coût du traitement.

Quand prescrire : Les médicaments prescrits doivent être :

- En adéquation avec la pathologie du patient,
- Adaptés au contexte, qu'il soit physiologique ou physiopathologique.

Que prescrire :

- Un antibiotique,
- Un anti-inflammatoire,
- Un analgésique.

2. Les antibiotiques

Les antibiotiques sont des composés dérivés du métabolisme des microorganismes. Ils présentent une action antibactérienne, agissant en empêchant la croissance des bactéries (antibiotiques bactériostatiques) ou en les tuant (antibiotiques bactéricides), tout en étant généralement non toxiques pour l'organisme hôte.

Les antibiotiques sont des composés naturels, semi-synthétiques ou synthétiques qui ciblent spécifiquement des bactéries individuelles ou des groupes de bactéries. Certains antibiotiques ont un effet bactériostatique, ce qui signifie qu'ils sont capables d'inhiber la croissance des micro-organismes, entraînant ainsi une bactériostase ou un arrêt partiel ou total du développement des micro-organismes. La puissance bactériostatique de ces antibiotiques est évaluée en fonction de leur concentration minimale inhibitrice (CMI), qui correspond à la plus faible concentration d'antibiotique capable d'inhiber toute croissance visible après 18 heures d'incubation.

D'autres antibiotiques, en revanche, ont un effet bactéricide, provoquant la mort cellulaire des micro-organismes, avec ou sans lyse. L'efficacité bactéricide de ces antibiotiques est évaluée en fonction de leur concentration minimale bactéricide (CMB), qui traduit la plus faible concentration d'agent capable de provoquer la mort d'au moins 99,99% des bactéries présentes dans un inoculum (<0,01% de survivants) [4].

Les antibiotiques sont classés en fonction de leur cible, de leur spectre d'activité et de leur famille chimique.

2.1. Les critères de classification

La classification des antibiotiques peut s'effectuer en fonction des critères suivants :

- **Origine** : Ils peuvent être d'origine naturelle, élaborés par des organismes, ou produits par synthèse, qu'il s'agisse de composés synthétiques ou semi-synthétiques.
- **Mode d'action** : Les antibiotiques peuvent agir de différentes manières :
 - Sur la paroi cellulaire, en affaiblissant sa structure par l'inhibition de sa synthèse.
 - Sur la membrane cellulaire, en la rendant perméable, ce qui provoque la fuite de composés cellulaires.

- Sur les protéines, en interrompant leur synthèse en attaquant les ribosomes.
- Sur l'ADN, en entravant la synthèse des nucléotides par perturbation de la transcription ou de la réplication (13).

2.2. Spectre de classification

Cela concerne la liste des espèces sur lesquelles les antibiotiques sont efficaces, que ce soit un spectre étroit (ciblant un nombre limité de bactéries) ou un spectre large (agissant sur un large éventail de bactéries).

2.3. La Nature chimique

La nature chimique des antibiotiques est très diverse, souvent basée sur une structure de base telle qu'un cycle β -lactame, sur laquelle des modifications peuvent être apportées lors de la semi-synthèse. La classification en fonction de la nature chimique permet de regrouper les antibiotiques en familles distinctes, comme les β -lactamines, les aminosides, les tétracyclines, et ainsi de suite. Dans ce contexte, la classification selon le mode d'action sera adoptée.

2.3. La classification

En odontologie en France, il existe actuellement quatre catégories d'antibiotiques autorisées pour la prescription : les aminosides, les bêta-lactamines, les macrolides et des antibiotiques apparentés, les imidazolés, et les cyclines.

2.3.1. Les aminoside

Les aminosides, dont le chef de file est la gentamicine, sont des composés moléculaires contenant du sucre. Ils ciblent l'ARN des ribosomes et sont couramment prescrits en combinaison avec les β -lactamines pour le traitement des infections nosocomiales graves. Cependant, à des doses élevées, ils présentent un risque de toxicité pour les reins et les oreilles. L'administration des aminosides peut se faire par voie générale, principalement en milieu hospitalier, ou sous forme de collyres et de pansements.

2.3.2. Les beta lactamines

Les β -lactamines englobent les pénicillines, parmi lesquelles l'amoxicilline est actuellement le, chef de file. Il s'agit de l'antibiothérapie privilégiée en première intention. Elle peut également être combinée à l'acide clavulanique dans un rapport de 1/8 pour renforcer son efficacité contre les bactéries productrices de bêta-lactamases.

1. Amoxicilline

Nous allons maintenant explorer plus en détail l'amoxicilline, qui est le médicament le plus couramment prescrit en première intention par les chirurgiens-dentistes. L'amoxicilline appartient au groupe des aminopénicillines, aux côtés de l'ampicilline. L'une des formulations commerciales les plus connues d'amoxicilline est le Clamoxyl®.

Les pénicillines ont un spectre d'activité large, agissant sur les cocci Gram positif, les cocci Gram négatif, les bacilles Gram positif, ainsi que les anaérobies Gram négatif. L'amoxicilline présente une bonne absorption par voie orale, atteignant son pic sérique maximal en 2 heures. Sa biodisponibilité se situe entre 70 et 80 %, avec 20 % de la dose d'amoxicilline liée aux protéines plasmatiques.

Cette molécule se diffuse efficacement dans les fluides et les tissus infectés, tout en conservant sa stabilité en milieu acide. L'excrétion de l'amoxicilline se fait par voie urinaire, ce qui permet son utilisation chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique. La demi-vie plasmatique de l'amoxicilline est courte, inférieure à 90 minutes, d'où la nécessité de prendre des doses fréquentes tout au long de la journée.

Il est important de noter que la prise d'amoxicilline avec de la nourriture n'affecte pas son efficacité thérapeutique, mais cela peut être recommandé pour réduire les éventuels désagréments gastro-intestinaux. De plus, l'utilisation de l'amoxicilline est possible chez les patients présentant une insuffisance rénale, en adaptant la posologie en fonction de la clairance de la créatinine.

Il est essentiel de prendre en compte les contre-indications avant de prescrire de l'amoxicilline. Les contre-indications absolues comprennent les antécédents d'hypersensibilité à la molécule, la pustulose exanthématique aiguë généralisée et la mononucléose infectieuse.

Les contre-indications relatives incluent l'association avec l'allopurinol, le méthotrexate, la warfarine et les contraceptifs oraux oestrogéniques.

En ce qui concerne les effets indésirables potentiels des bêta-lactamines, ils peuvent affecter les systèmes hématologique, lymphatique, gastro-intestinal, nerveux, entraîner des néphrites interstitielles aiguës, la formation de cristaux, des éruptions cutanées, des candidoses, ainsi que des réactions allergiques telles que l'urticaire, l'*œdème de Quincke* et des difficultés respiratoires. De plus, des augmentations modérées et temporaires des taux d'ASAT et/ou d'ALAT peuvent être observées.

En général, la molécule est administrée en 2 ou 3 prises par jour. La dose thérapeutique pour les adultes en cas d'infection sévère se situe entre 2 g/jour et 3 g/jour, pendant au moins 7 jours. Pour les enfants de plus de 30 mois, la dose thérapeutique varie entre 25 et 50 mg/kg/jour, tandis que les enfants de moins de 30 mois peuvent nécessiter de 50 à 100 mg/kg/jour, avec une prise toutes les 8 heures.

2 . Amoxicilline + acide clavulanique

L'acide clavulanique agit en tant qu'inhibiteur des β -lactamases, dont le rôle est d'inactiver les antibiotiques, tels que l'amoxicilline. Cette combinaison vise à contrer l'inactivation de l'antibiotique par les β -lactamases, permettant ainsi à l'amoxicilline d'être efficace contre les germes résistants.

Cependant, cette association présente un plus grand nombre d'effets indésirables par rapport à l'utilisation de l'amoxicilline seule. On observe une augmentation des effets indésirables liés au système digestif, ainsi que des risques potentiels d'atteintes rénales et hépatiques.

L'indication de cette molécule se retrouve dans le traitement des infections ORL (comme les otites et les sinusites, en particulier chez les enfants), des infections respiratoires aiguës, des infections gynécologiques hautes (à l'exception de la Chlamydia), des infections cutanées, digestives, rénales et urinaires. Il est essentiel de noter que l'acide clavulanique seul n'a aucune activité antibactérienne.

La posologie recommandée pour les adultes est la même que celle de l'amoxicilline. Pour les enfants, elle est de 80 mg/kg/jour, à répartir en 3 prises par jour, pendant une durée minimale de 7 jours.

2.3.3. Les Macrolides

Sont souvent associés à des sucres neutres ou aminés, présentent la capacité de pénétrer les tissus, y compris l'intérieur des cellules. Ils possèdent des propriétés à la fois bactériostatiques et bactéricides. Parmi les macrolides les plus couramment prescrits, on retrouve l'érythromycine et la spiramycine, cette dernière étant préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive et de ses interactions médicamenteuses moins nombreuses.

Ces médicaments trouvent leur utilité dans le traitement de certaines infections causées par les streptocoques, en stomatologie, et sont souvent prescrits en cas d'allergie à l'amoxicilline. Cependant, il est important de noter qu'ils peuvent engendrer divers effets secondaires, tels que des troubles intestinaux, des réactions d'hypersensibilité, ainsi que des perturbations du rythme cardiaque, en plus d'interactions avec d'autres médicaments.

Leur utilisation est contre-indiquée dans les cas suivants : en présence d'une hypersensibilité aux macrolides, en association avec des médicaments métabolisés par les cytochromes P450 3A4 et 2D6, tels que les statines, avec des médicaments susceptibles de provoquer des torsades de pointes (comme la quinine et le sotalol), et en cas d'insuffisance hépatique ou rénale sévère.

En outre, la clindamycine et la lincomycine présentent également un pouvoir bactéricide en inhibant la synthèse protéique. Elles offrent un large spectre d'action et sont particulièrement adaptées pour traiter les infections liées à la flore pathogène de la cavité buccale. Néanmoins, elles peuvent entraîner des effets indésirables tels que des troubles hépatiques et des colites pseudomembraneuses.

Il existe également des médicaments apparentés aux macrolides, comme les lincosamides et les synergistines, qui diffèrent sur le plan de leur structure chimique, mais partagent un mécanisme d'action et un spectre d'activité très proches de ceux des macrolides. Ces médicaments peuvent provoquer des effets indésirables au niveau intestinal et, de manière exceptionnelle, des pustuloses exanthématiques. Il convient de noter que l'allaitement est contre-indiqué en cas d'utilisation de ces médicaments.

La posologie recommandée est indiquée dans le tableau 1

Tableau 1 : Posologie des macrolides

DCI	Dosages	Spécialités	Posologie	Dure minimale de traitement
Azitromycine	250 mg	Zithromax®, génériques	500 mg/j en 1 prise	3 j
	500 mg/j	Ordipha®	500 mg 1 prise	3 j
Clarithromycine	250 mg	Zéclar®, génériques	1 000 mg/j en 2 prises	7 j
Spiramycine	1,5 MUI 3 MUI	Spiramycine®	9 MUVj en 3 prises	7 j

MUI: million d'unités internationales.

2.3.4. Nitro-imidazolé

En odontologie, seule la prescription de métronidazole est courante. Il possède des propriétés bactéricides et antiparasitaires et exerce son action antibactérienne exclusivement sur les germes anaérobies stricts. Le métronidazole peut être prescrit en monothérapie, notamment dans le cas d'infections provoquées par des bactéries anaérobies strictes, comme c'est souvent le cas en parodontologie. Il peut également être associé à d'autres antibiotiques en cas d'infections graves.

Il est important de noter que la prise de métronidazole est déconseillée en association avec de l'alcool, des anticoagulants oraux de type AVK, des curares, des barbituriques, ainsi qu'au cours du premier trimestre de la grossesse. Son utilisation est contre-indiquée en cas d'insuffisance hépatique, de numération anormale des cellules sanguines, ou de déséquilibre nerveux.

Le métronidazole peut entraîner des effets indésirables affectant le système gastro-intestinal, la peau et ses annexes, ainsi que le système nerveux central et périphérique. De plus, il peut provoquer une coloration des urines de teinte brun-rougeâtre.

La posologie recommandée est indiquée dans le tableau 2

Tableau 2 : Posologie de la Métronidazole

	DCI	Dosages	Forme galénique	Spécialités
Adulte	Métronidazole	250 mg 500mg	comprimé	Flagyl®
Enfants	Métronidazole	75mg	Gélule	Flagyl® 4%

2.3.5. Les tétracyclines

Les cyclines étaient autrefois considérées comme des antibiotiques à large spectre, mais de nombreuses souches résistantes ont émergé. Ce sont des antibiotiques bactériostatiques qui agissent en inhibant la synthèse protéique. En pratique bucco-dentaire, la doxycycline est la seule molécule recommandée. Elle est indiquée pour le traitement des parodontites agressives localisées en complément d'un traitement mécanique local.

Les principaux effets indésirables de la doxycycline comprennent une coloration permanente des dents et une hypoplasie de l'émail chez les enfants de moins de 8 ans, des troubles digestifs, des réactions allergiques et la photosensibilisation. Il convient d'être prudent en cas de Co prescription avec des anticoagulants de type anti vitamine K. De plus, l'absorption digestive peut être réduite en cas d'association avec le fer, le strontium et le zinc.

La posologie recommandée est indiquée dans le tableau 3

Tableau 3: Posologie des Tétracyclines

DCI	Dosages	Posologie	Forme galénique	Dure minimale de traitement
Tétracycline Doxycycline	250 mg	250 mg/j en 2 prises	comprimé	7 j

3. Antibiothérapie par voie systémique

3.1. Les infections des tissus mous

3.1.1. Les cellulites

Cellulites cervico-faciales : Les cellulites cervico-faciales sont des infections du tissu cellulo-adipeux de la tête et du cou, souvent causées par une variété de micro-organismes (Rakotoarison et al.. 2008). Dans environ 90% des cas, leur origine est dentaire (Toledo-Arénas et Descroix, 2011), résultant de problèmes non traités tels qu'une carie dentaire, une infection péri-apicale due à la nécrose dentaire, une inflammation péri-coronaire liée à une troisième molaire ou une poche parodontale profonde.

Certains facteurs de risque retrouvés chez les patients ayant développé une cellulite cervico-faciale incluent une thérapie antibiotique inadéquate, le diabète, la consommation d'alcool et de tabac, la toxicomanie, la grossesse, les troubles hématologiques, l'aplasie médullaire, la malnutrition ou une insuffisance rénale chronique.

La principale complication de ces infections est leur propagation par contiguïté à travers les différentes zones anatomiques du visage et du cou, ce qui peut mettre en jeu le pronostic vital, par exemple en entraînant une médiastinite, une obstruction des voies aéro-digestives supérieures, une thrombose de la veine jugulaire ou une pneumonie.

Le traitement des cellulites séreuses circonscrites repose sur la prescription d'antibiotiques et d'antalgiques, en plus du traitement dentaire approprié. Le traitement des cellulites suppurées circonscrites commence par le drainage de la collection purulente, suivi de la prescription d'antibiotiques et d'antalgiques, associés également au traitement dentaire nécessaire.

Pour les cellulites chroniques, le traitement implique généralement une intervention chirurgicale pour le drainage.

Une forme rare de cellulite chronique, appelée actinomycose, se caractérise par la présence de grains jaunes de pus s'écoulant d'une fistule. Le diagnostic est confirmé par des tests bactériologiques qui révèlent la présence d'*Actinomyces israeli*. Le traitement repose sur une antibiothérapie à long terme, souvent de 2 à 6 mois, déterminé par un antibiogramme, utilisant des médicaments tels que l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique ou la clindamycine.

Le traitement des cellulites gangréneuses et diffuses est une urgence médicale car leur évolution peut être fatale. Le diagnostic est basé sur les signes cliniques, notamment une altération de l'état général, une progression rapide de l'œdème malgré le traitement antibiotique, des difficultés de déglutition, de la dyspnée, des signes de nécrose cutanée, des marbrures ou des rougeurs cutanées à distance de la tuméfaction, en particulier au niveau du thorax (avec atteinte médiastinale), ainsi que des crépitations cutanées à la palpation. Le traitement repose sur l'hospitalisation, le drainage chirurgical et une antibiothérapie précoce. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommande l'administration intraveineuse d'une pénicilline A associée à de l'acide clavulanique, ou d'une céphalosporine de troisième génération avec un imidazole, pour une durée moyenne de 10 à 14 jours.

3.1.2. Accidents d'évolution dentaire : périecoronarite.

Ces infections peuvent se manifester de manière localisée, sous forme de périecoronarite, ou de manière généralisée dans la cavité buccale, provoquant des stomatites odontiasiques. L'utilisation d'une antibiothérapie n'est pas nécessaire pour les accidents liés à l'éruption des dents temporaires chez la population générale. Cependant, elle est recommandée chez les patients immunodéprimés et à risque d'endocardite infectieuse. Pour les périecoronarites associées à l'éruption des dents permanentes, une antibiothérapie est justifiée en raison du risque de propagation de l'infection aux tissus environnants. Les stomatites odontiasiques, qu'elles concernent des dents permanentes ou temporaires, nécessitent un traitement antibiotique.

En cas de périecoronarite aiguë congestive, le traitement repose sur l'utilisation d'antalgiques et d'antiseptiques buccaux. Le suivi de l'évolution de l'infection est essentiel.

Pour la périecoronarite aiguë suppurée, un traitement d'urgence est nécessaire, combinant un rinçage buccal à l'eau oxygénée à 10 volumes additionnée de polyvidone iodée au niveau local,

ainsi qu'une antibiothérapie systémique, telle que l'amoxicilline (2 g par jour pendant 7 j) ou la spiramycine métronidazole (150 000 unités/250 mg, 1 comprimé 3 fois par jour pendant 7 j), accompagnée d'antalgiques de niveau II. Des corticoïdes peuvent également être administrés si nécessaire, à raison de 1 mg par kg par jour. Le suivi de l'évolution de l'infection demeure impératif.

3.2. Les infections des tissus osseux

3.2.1. L'alvéolite

L'alvéolite est une inflammation de l'os alvéolaire, caractérisée par la perte partielle ou totale du caillot sanguin qui initialement se forme dans l'alvéole (Blum, 2002). L'alvéolite peut se manifester sous forme sèche ou suppurée.

En cas de diagnostic d'alvéolite, le premier traitement est de nature chirurgicale. Il consiste, après administration de l'anesthésie, en un curetage minutieux de l'alvéole, suivi d'une irrigation avec une solution saline (sérum physiologique) ou de chlorhexidine (Taberner-Vallverdú et al. 2015).

Le traitement médicamenteux en constitue la seconde étape, principalement basé sur la prescription d'antalgiques. Pour les cas d'alvéolite sèche, une antibiothérapie curative n'est recommandée que pour les patients présentant un risque élevé d'endocardite infectieuse. Cependant, en cas d'alvéolite suppurée, une antibiothérapie est systématique pour tous les patients, avec des options telles que l'amoxicilline, la clindamycine ou l'azitromycine en traitement de première intention.

3.2.2. Les ostéites

Les infections osseuses peuvent s'étendre au-delà du cadre alvéolaire et se propager pour donner lieu à des ostéites, qu'elles soient centrales (affectant l'os médullaire) et/ou corticales (affectant l'os cortical), constituant ce que l'on appelle des ostéites circonscrites.

L'origine des ostéites peut être variée. Dans certains cas, elles sont d'origine dentaire, résultant de complications d'une infection péri apicale, d'une cellulite, voire d'une péri coronarite. Elles peuvent également avoir une origine traumatique, comme une fracture non traitée ou mal traitée, ou survenir après une ostéosynthèse.

Au niveau clinique, les symptômes incluent généralement une tuméfaction douloureuse, une mobilité dentaire, des douleurs à l'oreille, une anesthésie de la lèvre et du menton, voire un syndrome général modéré.

Le traitement de l'ostéite comprend plusieurs aspects :

- **Traitement étiologique :** cela implique l'extraction de la dent responsable, la révision du foyer alvéolaire, une contention ou une nouvelle ostéosynthèse en cas d'ostéite traumatique, etc.
- **Traitement médical :** il repose sur une antibiothérapie à long terme, idéalement adaptée en fonction des résultats d'un antibiogramme. Cependant, lorsque cela n'est pas possible, une antibiothérapie probabiliste, telle que la PYOSTACINE, peut être initiée, avec une durée de traitement allant de trois à six mois.
- **Traitement chirurgical :** il peut inclure l'ablation de séquestres osseux et la décortication de la table externe de la mandibule, selon les besoins.

3.2.3. L'ostéoradionécrose

L'ostéoradionécrose (ORN) est une complication grave qui survient après une radiothérapie et se caractérise par une zone nécrosée et non cicatrisante pendant une période de 3 à 6 mois, en l'absence de récurrence tumorale.

Le risque de développer une ORN augmente lorsque la dose de radiation reçue dépasse les 60 grays, et lorsque l'os irradié est exposé. De plus, le risque d'ORN est plus élevé en l'absence d'un examen dentaire préalable et de réparations dentaires nécessaires avant la radiothérapie. Des dommages ou des traumatismes à la mâchoire survenus après la radiothérapie, en particulier au cours de la première année suivant le traitement (comme une extraction dentaire, une chirurgie ou une biopsie d'un cancer, une irritation due à une prothèse, des accidents, etc.), peuvent également accroître le risque d'ORN.

Du point de vue clinique, l'apparition d'un œdème inflammatoire est observée, ainsi qu'une brèche gingivale par laquelle des fragments d'os nécrosé sont éliminés. La douleur devient de plus en plus intense au fil de l'évolution, d'autant plus qu'une surinfection est associée.

Pour réduire le risque d'ORN, il est essentiel de préparer la cavité buccale avant la radiothérapie, en incluant l'avulsion dentaire sous une couverture antibiotique avant et après l'opération.

Le traitement initial repose sur des soins locaux et une antibiothérapie adaptée et prolongée. Dans certains cas, l'évolution de la maladie peut nécessiter une intervention chirurgicale, telle qu'une séquestrectomie ou une hémi-résection mandibulaire.

L'oxygénothérapie hyperbare peut également se révéler efficace dans certains cas.

3.3. Les infections sinusiennes d'origine dentaire

Les dents "sinusiennes" se réfèrent généralement à la première molaire, la deuxième prémolaire, et parfois à la deuxième molaire et la première prémolaire supérieures. Leur apex est en contact étroit avec la muqueuse du plancher du sinus, et une infection apicale peut se propager à travers l'os alvéolaire vers la muqueuse sinusienne.

Cela se manifeste sous forme de sinusite unilatérale, présentant des caractéristiques purulentes, une odeur désagréable et des récurrences fréquentes, accompagnées de douleur.

Les causes sous-jacentes de cette affection peuvent être diverses, notamment :

- Dent nécrosée : c'est la cause la plus courante.
- Origine iatrogène : cela peut résulter du déplacement accidentel d'une racine dentaire dans le sinus lors d'une extraction compliquée, ou du dépassement apical de matériaux de traitement dentaire avec projection dans le sinus.

Le traitement implique généralement les étapes suivantes :

- Traitement de la cause dentaire : le plus souvent, il s'agit de l'extraction de la dent affectée.
- Traitement de la sinusite : cela implique le drainage du sinus par voie nasale et/ou vestibulaire, parfois réalisé à travers l'intervention de Caldwell-Luc.
- Une antibiothérapie est prescrite dans tous les cas.

✚ Le traitement consiste en une antibiothérapie, comme (amoxicilline + acide clavulanique) ou des céphalosporines, associées à des corticoïdes (limités à une durée maximale de 5 jours). En cas de sinusite maxillaire aiguë unilatérale, une origine dentaire doit être recherchée et traitée.

3.4. Les infections des glandes salivaires

Les symptômes cliniques observés dans le cas de la sous-maxillite, ainsi que dans celui de la parotidite aiguë causée par des germes courants, comprennent généralement une tuméfaction unilatérale locale qui augmente après les repas, des signes de rétention salivaire, des douleurs soudaines et irradiantes ressemblant à des coliques, et une inflammation unilatérale des orifices du canal de Sténon ou de Wharton.

Il est essentiel de rechercher la présence éventuelle d'une lithiase par une évaluation clinique et des examens radiologiques tels que la radiographie occlusale, l'échographie, le scanner ou l'IRM.

Le traitement consiste en la prescription des mesures suivantes :

- Un traitement antibiotique généralement une association d'acide clavulanique et d'amoxicilline, administrée pendant une durée de 7 jours.
- Des antispasmodiques tels que le phloroglucinol, pris sous forme de six comprimés par jour.
- Des médicaments antalgiques et des sialagogues pour soulager la douleur et stimuler la production de salive.
- Il est impératif de surveiller attentivement l'évolution de la condition jusqu'à ce que la lithiase soit éliminée.

3.5. Les infections endodontiques

Il existe plusieurs formes de pathologies dentaires, et le traitement approprié dépend de la situation clinique et de la santé générale du patient, ainsi que de son hygiène bucco-dentaire. Voici un résumé des différentes formes de pathologies dentaires et de leurs traitements associés :

1. Syndrome dentinaire : Il nécessite un curetage du tissu carieux suivi d'une reconstitution temporaire ou définitive.

2. Pulpite réversible : Un coiffage pulpaire direct ou indirect est nécessaire.

3. Pulpite irréversible : Il faut un traitement d'urgence, tel qu'une pulpotomie pour les dents pluri radicules ou une pulpectomie lorsque l'hémostase d'un canal ne peut pas être obtenue.

4. La nécrose pulpaire : *Nécrose pulpaire et parodontite d'origine endodontique chronique* : Ces conditions ne nécessitent pas d'intervention d'urgence mais exigent un traitement endodontique.

5. Syndrome du symptôme : Le traitement dépend de la pathologie sous-jacente.

Pour certaines pathologies dentaires, l'antibiothérapie peut être nécessaire lorsque le traitement mécanique n'est pas suffisant et que des complications peuvent survenir. Voici quelques exemples :

6. Parodontite d'origine dentaire endodontique aiguë : L'antibiothérapie n'est généralement pas justifiée, sauf pour les patients à risque ou lorsque le temps disponible ne permet pas la désobturation et le parage canalaire. Dans ce cas, l'amoxicilline est prescrite en première intention, suivie éventuellement de spiramycine + métronidazole ou d'amoxicilline + acide clavulanique.

7. Parodontite d'origine dentaire endodontique aiguë abcédé :

Elle nécessite un traitement d'urgence caractérisé par un drainage par voie transcanalaire et/ou une incision si un abcès est collecté et fluctuant. Dans les cas où la dent est déjà traitée endodontiquement et que le temps disponible ne permet pas la désobturation et le parage

canalaire, l'amoxicilline en première intention, suivie éventuellement de spiramycine + métronidazole ou d'amoxicilline + acide clavulanique peut être prescrite.

Il est essentiel de suivre les directives cliniques appropriées en fonction de la situation du patient pour garantir un traitement efficace et sûr.

1.3.6. Les infections parodontales

Les parodontopathies sont des affections des tissus de soutien des dents, principalement les gencives et l'os alvéolaire. Elles se manifestent sous différentes formes cliniques.

1. Gingivite due à la plaque

- Les gencives présentent une couleur rouge, un aspect gonflé et une surface lisse.
- Elles saignent facilement au sondage ou même spontanément dans les cas graves.
- La gingivite commence généralement au niveau des papilles gingivales et peut s'étendre à une partie ou à la totalité de la gencive attachée.
- Il est important de noter que la gingivite est une condition entièrement réversible avec un traitement adéquat.

2. Parodontite chronique

- La parodontite chronique est la forme la plus courante des parodontopathies et évolue progressivement.
- Elle peut être localisée à une ou plusieurs dents ou généralisée à l'ensemble de la cavité buccale.
- Les parodontites chroniques sont classées en fonction de la profondeur des poches parodontales, qui est un signe caractéristique.
- La recherche de mobilité dentaire est importante pour le diagnostic.

3. Parodontite agressive

- La nouvelle classification des parodontites englobe la parodontite juvénile (localisée ou généralisée) et la parodontite à progression rapide.

- Pour les distinguer de la parodontite chronique, on observe :
 - ✓ Une disproportion entre l'atteinte des tissus de soutien dentaires et l'apparente absence de dépôts bactériens (certaines bactéries particulièrement pathologique)

4. Gingivite et Parodontite nécrotiques

Elles sont caractérisées par une destruction tissulaire incluant une nécrose et un parodonte profond. Ulcération gingivale avec décapitation des papilles et, par la suite, atteinte du Elles présentent un caractère aigu. Diagnostic radiographique Le bilan radiographique rétro-alvéolaire (long cône) évalue l'alvéolyse.

Les objectifs de traitement sont :

- Préventifs
- contrôle de la maladie parodontale
- Régénération des tissus parodontaux.

5. Moyens thérapeutiques

Éducation à l'HBD : brossage dentaire biquotidien pour éliminer la plaque dentaire.

- Arrêt du tabac.
- Détartrage
- Le traitement médical associe antibiothérapie et antiseptiques locaux.
- Les techniques chirurgicales font appel au lambeau d'assainissement, à la régénération tissulaire guidée et au comblement osseux.

- Lorsque les lésions parodontales sont **peu profondes**, avec des pertes d'attache associées à des récessions gingivales, le contrôle de la plaque dentaire sous-gingivale peut être réalisé à l'aide des poils de la brosse à dents et des brossettes inter dentaires.

- Cependant, si les lésions parodontales sont **plus profondes**, caractérisées par la formation de poches parodontales dépassant 4 mm, le contrôle de la plaque dentaire supra gingivale ne sera pas suffisant pour enrayer l'évolution de ces lésions. Dans de tels cas, il est recommandé de prescrire un antibiotique approprié pour traiter la plaque dentaire sous-gingivale. Le choix de l'antibiotique et la posologie seront déterminés en fonction des paramètres cliniques dentaires et parodontaux, ainsi que des antécédents médicaux du patient.

- Il est important de noter que la prescription d'antibiotiques en parodontie est justifiée en présence d'une flore bactérienne incompatible avec la santé parodontale et lorsque des poches parodontales profondes sont présentes (supérieures à 4 mm). Dans certains cas, un antibiotique peut également être prescrit en présence de poches parodontales peu profondes, notamment lorsque des obstacles tels qu'une accumulation importante de tartre supra gingival et sous-gingival sont présents. Les patients atteints de conditions médicales associées à une forte immunodépression, tels que les diabétiques mal contrôlés, ceux prenant de la cyclosporine A, subissant une chimiothérapie anticancéreuse ou présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires, ne justifieront une antibiothérapie que si leur flore bactérienne est incompatible avec la santé parodontale.

- Il est important de noter que malgré l'intérêt des tétracyclines pour les parodontites, les connaissances actuelles suggèrent que l'utilisation des chlorhydrates de tétracycline par voie générale présente très peu, voire aucune, indication en parodontie. Cela est dû à leur large spectre d'action et à la résistance observée en Europe, en plus de leurs effets secondaires indésirables.

- D'autres molécules telles que le métronidazole, seul ou en association avec un macrolide, ou l'association amoxicilline-acide clavulanique, donnent d'excellents résultats cliniques et microbiologiques en parodontie. Le métronidazole est indiqué dans des cas tels que les gingivites et/ou parodontites ulcéronécrotiques, les flores contenant *Porphyromonas gingivalis*, les flores contenant plus de 50 % de spirochètes et/ou de bâtonnets mobiles, ainsi que les flores contenant des parasites tels que les amibes et/ou les trichomonas.

- L'association amoxicilline-acide clavulanique est recommandée pour les parodontites infectées par *Actinobacillus actinomycetemcomitans* et *Bacteroides forsythus*, les flores immobiles présentant des signes évidents d'activité, les parodontites

résistantes à l'amoxicilline et au métronidazole, les cas d'antibiothérapie précédente sans résultats cliniques probants, la présence de lésions endoparodontales actives, et la présence de nombreux facteurs de rétention, notamment les restaurations prothétiques.

4. Antibioprophylaxie

- L'antibioprophylaxie est une mesure consistant à administrer un antibiotique avant une éventuelle contamination, principalement dans des situations à risque. Cette prophylaxie doit être de courte durée, de préférence limitée à la période préopératoire, éventuellement prolongée jusqu'à 24 heures après l'intervention, mais en aucun cas dépassant 48 heures. Il peut arriver qu'une antibiothérapie soit prescrite en relais d'une antibioprophylaxie lorsque des signes d'infection subsistent après l'acte médical. Le recours à une antibioprophylaxie est envisageable chez des patients en bonne santé ou présentant un risque, mais cette décision doit être basée sur une analyse des avantages, des coûts et des risques.

Dans le cas des patients en bonne santé, l'antibioprophylaxie est recommandée lorsque le risque d'infection est élevé, **notamment en fonction de plusieurs facteurs, dont :**

- Le type de chirurgie, en particulier les interventions dans la cavité buccale, considérée comme une zone contaminée en raison de la présence de la flore physiologique de la bouche.
- Le type d'intervention, notamment l'extraction des dents incluses, la chirurgie des kystes maxillaires, la chirurgie implantaire, la chirurgie orthognathique, la greffe osseuse avec ou sans membrane, la communication bucco-sinusienne, et la présence d'infections locales.
- Les conditions de l'intervention, en soulignant qu'une antibioprophylaxie ne doit jamais être prescrite pour compenser un manque d'asepsie.
- La durée de l'intervention, sachant que le risque infectieux double toutes les 2 heures.

Quant à l'antibioprophylaxie chez les patients à risque, il est important de noter qu'une bactériémie physiologique, due à la mastication ou au brossage, peut se produire de manière imprévisible, même chez des sujets en bonne santé. Cette bactériémie peut être prévenue par une

bonne hygiène bucco-dentaire. Cependant, certains actes médicaux, aussi minimes soient-ils, provoquent une bactériémie prévisible, pouvant entraîner des complications graves.

L'antibioprophylaxie est donc systématique chez les patients présentant des risques d'infections locaux, généraux ou à distance, ces risques étant liés à l'état de santé du patient et à la sévérité des cas.

Deux catégories de risques sont distinguées :

- Risque de catégorie a : englobe les patients ayant un risque d'infections locaux et/ou généraux, tels que les transplantés, les sujets immunodéprimés d'origine congénitale, médicamenteuse ou infectieuse, les patients atteints de pathologies non contrôlées (comme le diabète, l'insuffisance rénale ou hépatique), et les sujets dénutris.
- Risque de catégorie b : concerne les patients présentant un risque d'infections à distance, notamment les cardiopathies comportant un risque Oslerien.
- Pour l'ensemble de ces patients, l'antibioprophylaxie est obligatoire avant tous les actes médicaux, sauf pour le traitement des caries amélaire et/ou dentinaires, ainsi que la préparation prothétique supra-gingivale sur dent vivante. Cependant, les recommandations précises ne sont disponibles que pour les patients à risque de catégorie . Pour les autres patients, l'antibioprophylaxie peut être administrée en une prise unique ou à doses multiples, en préopératoire immédiat ou débutée un à deux jours avant l'intervention.

II. La prescription des anti-inflammatoires en médecine dentaire

1. Rappel sur l'inflammation

1.1. Définition

L'ensemble des réponses réactionnelles qui se manifestent au site irrité par un agent pathogène constitue une réaction défensive de l'organisme face à une agression, qu'elle soit d'origine physique, chimique ou infectieuse. Cette réaction peut être à la fois locale et générale, impliquant des facteurs nerveux, vasculaires, humoraux et cellulaires. Elle se manifeste généralement par les quatre symptômes caractéristiques qui sont **la chaleur, la rougeur, la douleur et la tuméfaction**. L'inflammation peut revêtir trois formes distinctes : aiguë, subaiguë ou chronique

1.2. Physiopathologie de l'inflammation

Le processus inflammatoire commence par une phase de reconnaissance impliquant diverses cellules telles que les monocytes, les macrophages et les lymphocytes, ainsi que des protéines circulantes telles que les anticorps, le complément et le facteur de Hagemann. Pour mettre fin au processus physiopathologique, une multitude de cellules et de médiateurs interviennent dans un processus complexe et variable en fonction de la cause de l'inflammation.

Certains types de cellules circulantes, tels que les polynucléaires neutrophiles, les éosinophiles, les monocytes, les plaquettes et les lymphocytes, migrent vers le site inflammatoire, tandis que d'autres résident dans les tissus interstitiels, tels que les macrophages, les histiocytes et les mastocytes. De même, certains médiateurs sont présents dans le sang sous forme de précurseurs inactifs, tandis que d'autres sont stockés dans les polynucléaires éosinophiles, assurant ainsi une disponibilité rapide, tels que les chémokines et les cytokines telles que les interleukines 4 et 5.

D'origine principalement cellulaire, certains médiateurs, tels que les cytokines, l'histamine, la sérotonine, les eicosanoïdes et la substance P, jouent des rôles spécifiques et variés dans le processus inflammatoire.

1.3. Les phases de l'inflammation

La réaction inflammatoire est habituellement caractérisée par l'enchaînement de quatre phases :

- Une phase vasculaire,
- Une phase cellulaire, impliquant la migration des leucocytes,
- Une phase de nettoyage du site,
- Une phase de réparation.

1.4 Les formes cliniques de l'inflammation

1 Inflammation aiguë

Cette phase représente la réponse immédiate à une agression, de courte durée (quelques jours ou semaines), avec une installation souvent soudaine et caractérisée par des phénomènes vasculo-exsudatifs intenses. La réaction inflammatoire aiguë est principalement non spécifique.

2 Inflammation subaiguë

Positionnée entre les phases aiguë et chronique, cette forme se manifeste lorsque l'agent causal n'est pas éliminé. Elle se caractérise par la présence d'éléments des processus exsudatifs et de réparation.

3 Inflammation chronique

En cas d'absence de guérison, la réponse inflammatoire évolue vers une phase chronique, devenant alors plus spécifique. Elle implique l'activation et la prolifération des lymphocytes T et B portant des récepteurs spécifiques aux antigènes en cause. Cette phase représente une réaction prolongée qui persiste tant que l'agent causal de la réaction inflammatoire n'est pas éliminé.

1.5. Signes cardinaux de l'inflammation

- Rougeur et chaleur découlent de la vasodilatation active, se traduisant cliniquement par une coloration rouge et une élévation de la température locale.
- La douleur et la fièvre provient de la sensibilisation des nocicepteurs.

- L'œdème est engendré par la sortie de plasma des vaisseaux sanguins.

Ces signes caractéristiques se manifestent à la fois localement et de manière systémique.

1.6. Médicaments de l'inflammation : trois classes essentielles

En ce qui concerne le traitement de l'inflammation, trois catégories de médicaments jouent un rôle essentiel, chacune présentant des particularités distinctes :

- **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**
- **Les corticoïdes : agents puissants anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS)**
- **Les anti-inflammatoires enzymatiques**

2. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

2.1 Définition

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) représentent l'une des catégories de médicaments les plus largement prescrites à l'échelle mondiale. Ces médicaments partagent une structure chimique commune en tant qu'acides faibles solubles dans les lipides, se distinguant ainsi des anti-inflammatoires stéroïdiens par l'absence de la structure chimique dite "stéroïdienne". Malgré leurs différences, les AINS présentent des caractéristiques communes, offrant des effets anti-inflammatoires, antalgiques, antipyrétiques et antiagrégants plaquettaires.

2.2. Effets indésirables

- Risques accrus de saignements après une opération avec l'utilisation d'AINS.
- Incertitude quant à la relation de cause à effet entre la prise d'AINS et l'augmentation du risque d'infections.
- Problèmes gastro-intestinaux et complications rénales chez les patients âgés.
- Présence de risques cardio-vasculaires associés à l'utilisation d'AINS.
- Une augmentation du risque thrombotique artériel semble être observée.

2.3. Contre-indications

Il est impératif de considérer les effets indésirables, les précautions d'utilisation et les contre-indications lors de la prescription d'AINS.

- En ce qui concerne la grossesse après le 5^{ème} mois ou pendant l'allaitement, le risque de foetotoxicité, surtout en fin de grossesse, est bien établi. L'exposition in utero aux AINS peut entraîner des effets toxiques chez le fœtus et/ou le nouveau-né en raison de l'inhibition de la synthèse des prostaglandines fœtales et néonatales, entraînant des effets vasoconstricteurs, notamment sur le rein et l'appareil cardio-pulmonaire. Une prudence particulière est nécessaire lors de l'utilisation d'AINS chez les femmes enceintes dès le début de la grossesse, en raison du risque croissant de fausses couches signalées au cours des premiers mois. Par conséquent, il semble raisonnable de contre-indiquer la prescription de ces médicaments tout au long de la grossesse.
- Pour les personnes âgées, il est crucial de prendre en compte les modifications physiologiques, notamment une élimination rénale ralentie.
- Les AINS devraient être évités chez les sujets présentant une pathologie ulcéreuse, même guérie, ou une inflammation gastro-intestinale.
- Les patients présentant une insuffisance rénale, avec une clairance de la créatinine inférieure à 60 ml/min, doivent également éviter les AINS.
- une prudence particulière est requise chez les patients sous traitement anticoagulant, antiagrégant plaquettaire ou présentant des troubles de l'hémostase.

2.4. Recommandations ANSM (Agence nationale de la sécurité du médicament) actualisation 2020)

- Il est recommandé de privilégier le recours au paracétamol en cas de douleur et/ou de fièvre, surtout dans le cadre d'infections courantes telles qu'une angine, une rhinopharyngite, une otite, une toux, une infection pulmonaire, une lésion cutanée ou la varicelle, en particulier lors d'une automédication.

2.5. Les règles du bon usage des AINS en cas de douleurs ou fièvre

- Préconiser et employer les AINS à la dose la plus basse permettant d'obtenir l'effet recherché, et ce, pour la durée la plus courte possible.
- Interrompre le traitement dès que les symptômes ont disparu.
- Éviter l'utilisation d'AINS en cas de varicelle.
- Limiter la durée du traitement à 3 jours en cas de fièvre.
- Limiter la durée du traitement à 5 jours en cas de douleur.
- Éviter la prise simultanée de deux médicaments AINS.

3. Les corticoïdes

3.1. Définition

Les corticoïdes, également connus sous le nom de glucocorticoïdes, sont des composés dérivés du cortisol, une hormone produite par les glandes surrénales à partir du cholestérol.

Les corticoïdes ont un impact notable sur le métabolisme du glucose au niveau du foie, mais leur utilisation principale réside dans leurs propriétés anti-inflammatoires. Introduits dans la pratique médicale dans les années 1940, ces médicaments ont depuis fait l'objet de nombreuses avancées de recherche, conduisant à la création de divers dérivés de synthèse disponibles sous différentes formes, notamment comprimés, solutés injectables, infiltrations articulaires, crèmes, pommades, aérosols (pour l'asthme), collyres, etc.

- En odontostomatologie, l'usage de la corticothérapie est généralement restreint à des périodes courtes, sauf dans les cas rares présentant une inflammation chronique sévère. Pour traiter une inflammation aiguë, des cures brèves de 3 à 4 jours, débutant le matin, sont préconisées, souvent associées à une antibiothérapie.

3.2. L'indication courante des corticoïdes en odontostomatologie

- Atténuation des complications postopératoires, notamment l'œdème et la restriction de l'ouverture buccale, suite à des interventions chirurgicales comme l'avulsion de dents incluses ou les implants.
- Traitement des maladies auto-immunes affectant la muqueuse buccale, souvent avec une administration locale prednisolone, pour des affections telles que le lichen plan, l'aphtose, le lupus érythémateux ou le pemphigus.
- Utilisation après un traumatisme significatif au niveau des fosses ou des articulations temporo-mandibulaires (ATM).
- Intervention d'urgence par injection en cas de réaction allergique à l'anesthésie ou autres, ou en cas de cellulite maligne pour prévenir l'asphyxie.
- Soulagement des douleurs neuropathiques.

3.3. Les effet indésirables

- Dépendent de la quantité et de la durée du traitement. Ils peuvent provoquer des déséquilibres dans l'eau et les électrolytes, des problèmes avec les hormones et le métabolisme, des soucis au niveau des muscles et des os, des troubles de la digestion, de la peau, du cerveau et des yeux.
- Ils pourraient aggraver les infections existantes, souvent nécessitant des antibiotiques en même temps.
- Les principales raisons pour ne pas prescrire de corticoïdes comprennent les infections ou mycoses non maîtrisées par un traitement spécifique, certaines infections virales en cours, la cirrhose alcoolique, les hépatites aiguës causées par les virus A, B ou C, ainsi que les états psychotiques.

Voici quelques modalités de prescription couramment utilisées:

- La prednisone ou la prednisolone est prescrite sous forme de comprimés, à des doses de 15 à 20 mg, correspondant à 1 mg/kg du poids corporel, le matin. La méthylprednisolone est administrée sous forme injectable de 40 à 120 mg, le matin selon la condition clinique.

- Chez les patients diabétiques insulino-dépendants, une surveillance étroite de l'équilibre est essentielle. Pour les diabétiques non insulino-dépendants, il peut parfois être nécessaire de passer à l'insuline. Pour les patients présentant des ulcères, l'administration de corticoïdes en cure courte peut parfois se faire sans recourir simultanément à des agents anti-ulcéreux préventifs.

3.4. Les modalités de prescription des AIS et AINS en odontostomatologie

Les glucocorticoïdes (AIS) sont prescrits pour prévenir les manifestations inflammatoires, avec une action antalgique modeste justifiant parfois l'adjonction d'antalgiques. L'association d'un AIS avec un AINS est généralement déconseillée. La posologie recommandée est d'environ 1 mg/kg de poids corporel, équivalent à la Prednisone, à prendre par voie orale en une seule prise le matin. La durée optimale du traitement est généralement de 3 jours, ne devant pas dépasser 5 jours en raison de sa nature de cure courte. L'arrêt du traitement peut se faire sans nécessiter une diminution progressive de la dose.

Lors de la prescription de glucocorticoïdes, il est crucial de considérer leurs effets de psychoses non maîtrisées, de diabète, de déficit immunitaire, etc.

Pour les AINS, la prescription antalgique doit suivre une stratégie préventive avec une administration à heure fixe, tenant compte du délai d'action d'environ 1 heure pour une administration orale, assurant ainsi une efficacité continue après la fin prévue de l'anesthésie locale.

La durée optimale du traitement antalgique par AINS est de 3 jours, normalement ne dépassant pas 5 jours. En cas de persistance ou d'aggravation de la douleur, une réévaluation du traitement est nécessaire.

Lors de la prescription d'AIS et d'AINS, il est essentiel de prendre en compte les risques potentiels, les précautions et les contre-indications, en particulier chez les femmes enceintes au-delà du sixième mois, les personnes âgées de plus de 65 ans, celles ayant des antécédents gastro-intestinaux, les patients souffrant d'insuffisance rénale, et ceux sous traitement anticoagulant.

3.4.1. Les patients traités par AINS

Il est déconseillé de mélanger des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) car cela augmente le risque d'effets indésirables comme les ulcères et les hémorragies digestives. De plus, cette combinaison peut provoquer une augmentation du potassium dans le sang (hyperkaliémie). Il est recommandé d'explorer d'autres options de traitement pour la douleur chez ces patients si besoin.

3.4.2. Les patients traités par corticoïde

Les corticoïdes, en induisant une immunodépression, augmentent le risque d'infections locales ou générales lors de problèmes dentaires, parodontaux, ou après des interventions buccodentaires invasives chez les patients à long terme sous ces médicaments.

4. Utilisation des AIS dans la pratique Odontologique

4.1. Algies inflammatoire aigue

Il est recommandé de différer l'avulsion des dents causales en cas de douleurs liées à des cellulites faciales non collectées ou aux douleurs pulpaires des molaires mandibulaires après échec de l'anesthésie.

L'utilisation d'un traitement combinant anti-inflammatoires et antalgiques purs est envisageable lorsque le risque infectieux est sous contrôle. Ainsi, le choix entre AINS et corticoïdes est possible. Bien que les AINS aient été associés à l'aggravation des cellulites infectieuses cervico-faciales, l'action anti-inflammatoire des corticoïdes est privilégiée. Ces derniers, agissant comme coanalgésiques en réduisant la réaction inflammatoire.

4.2. Algie symptomatique d'une affection neuropathie aigue

Celles-ci se rencontrent notamment après la mise en place de ciment d'obturation canalair au contact du nerf alvéolaire inférieur. Le traitement ponctuel est à visée symptomatique dans l'attente urgente d'une intervention chirurgicale visant à libérer le nerf. Ce traitement repose sur l'association d'un corticoïde associé à un antalgique puissant de type carbamazépine ou morphinique.

4.3. En chirurgie buccale

Les AINS

Les douleurs post-opératoires en chirurgie buccale peuvent être plus intenses que prévu. Les AINS et le paracétamol sont principalement utilisés pour prévenir et traiter ces douleurs. Les AINS ont un effet antalgique plus puissant que le paracétamol, mais leur impact sur d'autres aspects de la réponse inflammatoire n'est pas supérieur à celui du paracétamol. En chirurgie buccale, il est donc recommandé de les utiliser uniquement comme antalgiques pour prévenir la douleur post-opératoire, et non comme anti-inflammatoires.

Les corticoïdes

Ils jouent un rôle significatif dans la prévention de la douleur post-opératoire, mais leur prescription doit être réalisée avant l'intervention. Il est déconseillé de les utiliser de manière systématique pour chaque procédure de chirurgie buccale, mais plutôt de les réserver aux interventions entraînant un important traumatisme tissulaire, comme l'avulsion de dents de sagesse profondément incluses.

Certains experts déconseillent l'association de corticoïdes avec des AINS, tandis que d'autres estiment qu'elle est souhaitable pour optimiser la prévention des douleurs postopératoires, notamment lors de l'avulsion chirurgicale de dents de sagesse mandibulaires. La prednisone est préférée pour des raisons pharmacocinétiques.

L'efficacité des corticoïdes doit être établie avant le début de l'intervention, avec une posologie recommandée de 1 mg/kg/j en une seule prise le matin, pendant trois à cinq jours, sans diminution progressive de la dose.

Lors d'une intervention chirurgicale, il est possible que l'opérateur blesse involontairement un nerf à proximité de la zone d'intervention, tel que le nerf dentaire inférieur, le nerf lingual ou le nerf mentonnier. Cela peut entraîner des pertes de sensibilité et des douleurs dans les zones innervées par le nerf affecté. Le traitement de ce type de lésion implique l'utilisation de corticoïdes et de vitamines (B1, B6). En cas de persistance des douleurs, il est recommandé de substituer ce traitement par du clonazépam ou de la carbamazépine.

4.4. Lésion dermatologiques de la muqueuse buccale

Les corticoïdes sont recommandés pour le traitement de certaines lésions de la muqueuse buccale. Ce traitement est symptomatique. Normalement administré localement, le recours à la voie systémique peut être nécessaire dans le cas d'affections plus graves.

4.4.1. Ulcération aphteuse

Les aphtes se manifestent sous la forme d'une ulcération arrondie avec un fond jaunâtre, entourée d'un liseré rouge, constituant ainsi une lésion extrêmement douloureuse. On distingue les aphtes sporadiques des aphtes à poussées fréquentes et importantes, cette dernière condition étant appelée aphtose.

Le traitement habituel implique une approche locale, avec l'application d'anesthésiques locaux ou de corticoïdes sur la lésion. Plusieurs corticoïdes sont utilisés dans ce contexte, tels que la dexaméthasone et la prednisolone en bain de bouche, ainsi que la fluocinonide et le clobetasol. Ces traitements doivent être administrés trois fois par jour.

En cas d'aphtose géante ou d'aphtose récidivante, l'administration de corticoïdes par voie systémique est recommandée. Dans de tels cas, la prescription de prednisolone est envisagée à une dose de 1 mg/kg/j pendant trois à cinq jours.

4.4.2. Lichen plan

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique qui touche la peau et les muqueuses. Il se présente sous trois formes cliniques en fonction de l'évolution de la pathologie :

1. La forme réticulée se caractérise par des lésions blanchâtres qui fusionnent en nappes ou en plaques.
2. Le lichen plan érosif se manifeste par des érosions douloureuses d'une couleur rouge vif, vernissées, avec un fond œdémateux. À ce stade, la lésion peut entraîner des douleurs et perturber l'alimentation.
3. Le lichen atrophique représente une évolution d'un lichen plan ancien, avec une muqueuse présentant un aspect lisse et déprimé.

- Le traitement du lichen plan, en particulier des lésions érosives pendant sa phase symptomatique, est effectué efficacement à l'aide de corticoïdes locaux. Parmi eux, le clobetasol, associé à une pâte adhésive comme, est considéré comme le plus efficace et doit être appliqué deux fois par jour pendant au moins six mois. Des alternatives incluent la bétaméthasone topique et des bains de bouche à la prednisolone, bien que ces traitements présentent une efficacité moindre. En cas de persistance de la lésion ou de symptômes douloureux importants, une corticothérapie générale à raison de (1mg/kg/j) est utilisée de manière dégressive sur un mois, suivie d'une corticothérapie locale en relais.

4.4.3. Pemphigus et pemphigoïde

Les maladies auto-immunes, telles que le pemphigus et la pemphigoïde, se manifestent par la formation de bulles et d'érosions sur la muqueuse et la peau.

Traitement :

- Les formes peu actives de pemphigus sont traitées avec des doses modérées de prednisone (0.5mg/kg/j), éventuellement alternées un jour sur deux, et peuvent être associées à une corticothérapie locale.
- Pour les formes sévères, le traitement initial implique des doses élevées de corticoïdes, tels que la prednisone par voie orale (1 à 2 mg/kg/j) ou la méthylprednisolone en intraveineuse (1g/j).
- Une fois la rémission commencée, le traitement est maintenu comme pour les formes peu actives.
- Pour la pemphigoïde, les formes moins sévères sont traitées localement avec des corticoïdes en application ou en bain de bouche (fluocinonide ou clobetasol), tandis que les formes plus sévères nécessitent une corticothérapie générale à forte dose.

4.4.4. Lithiases salaires

Les lithiases salivaires, caractérisées par la formation de calculs obstruant les canaux excréteurs de la salive, sont principalement traitées chirurgicalement par l'ablation du calcul. En attendant l'intervention, un traitement symptomatique peut être administré, incluant un analgésique de premier niveau et un antispasmodique pour élargir le diamètre du canal excréteur et améliorer le drainage. Dans ce cadre, un corticoïde comme la prednisolone est utilisé en cure courte, avec une posologie de 60 mg/j pendant trois à cinq jours.

4.5. En odontologie conservatrice et endodontie

4.5.1. Ciments d'obturation canalaire

Certains ciments canalaire utilisés en endodontie, tels que Canalex®, Cortisomol®, Endométhasone®, Zial®, contiennent un anti-inflammatoire en plus de leurs composés habituels. Bien que des tests aient montré une biocompatibilité acceptable de ces ciments avec l'environnement péri apical, il est déconseillé de les utiliser dans les traitements endodontiques. À moyen terme, ces ciments ont tendance à augmenter significativement la nécrose des tissus environnants, compromettant ainsi la réalisation d'une cicatrisation apicale satisfaisante.

4.5.2. Lésion du nerf alvéolaire inférieur

Lors d'un traitement endodontique, il est possible de provoquer des lésions au nerf alvéolaire inférieur. Ces lésions peuvent se produire de différentes manières.

Cette complication se traduit par une douleur intense persistant après la fin de l'anesthésie locale. La dent traitée peut être douloureuse à la percussion, et une vive douleur est ressentie lors de la palpation près de l'apex de la dent. Une insensibilité de la lèvre inférieure et des otalgies peuvent également être observées. Un soulagement symptomatique est effectué en attendant une intervention chirurgicale pour retirer le matériau d'obturation. Ce traitement consiste en une combinaison de corticoïdes/carbamazépine ou corticoïdes/antalgiques de niveau trois. Ce type de complication peut également survenir lors d'interventions de chirurgie buccale ou d'implantologie.

4.6. En parodontologie

Les études sur l'effet des AINS sur la maladie parodontale présentent des résultats contradictoires. Bien que l'administration locale ou systémique d'AINS ait des effets positifs sur la diminution de la perte osseuse, la plupart des publications ne montrent aucune différence significative dans la profondeur des poches parodontales, l'indice gingival et le taux d'accumulation de plaque entre les patients traités et non traités par des AINS.

De plus, des concentrations élevées et une durée prolongée des traitements sont nécessaires pour des effets cliniques minimes. Par conséquent, l'utilisation d'anti-inflammatoires dans le traitement des maladies parodontales est déconseillée en raison des risques d'effets indésirables. La gestion de ces affections se concentre principalement sur le contrôle de la plaque dentaire, avec éventuellement l'ajout d'antibiotiques en fonction de la gravité de la maladie.

Cependant, les AINS peuvent être utilisés pour soulager la douleur après une intervention de chirurgie parodontale, de la même manière que dans d'autres interventions de chirurgie buccale.

4.7. En implantologie

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être prescrits après la pose d'implants pour prévenir et traiter la douleur post-opératoire. Des études in vitro ont démontré que l'administration d'AINS en période post-opératoire n'a pas d'effets négatifs sur l'ostéointégration, garantissant ainsi le succès de l'intervention.

4.8. Dans les pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire

Les algies et dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire (ADAM) englobent des troubles complexes caractérisés par des douleurs et des dysfonctionnements de l'appareil manducateur, se présentant sous des formes musculaires et squelettiques.

Le traitement de ces troubles implique une approche multidisciplinaire visant à soulager les symptômes douloureux, améliorer les fonctions manducatrices, favoriser la cicatrisation tissulaire (articulaire et/ou musculaire), et adapter diverses thérapies (occlusales, comportementales, médicamenteuses, psychologiques et chirurgicales).

Les anti-inflammatoires sont utilisés pour atténuer l'inflammation articulaire, réduisant ainsi les douleurs et les symptômes associés. Toutefois, l'inflammation de l'ATM est souvent liée à des parafunctions.

En première intention, les AINS sont prescrits pendant deux à trois semaines, associés à des myorelaxants et à un traitement comportemental et local. Bien que tous les AINS soient considérés équivalents, l'ibuprofène semble cliniquement plus efficace contre les douleurs musculaires, tandis que le naproxène pourrait être plus bénéfique pour les douleurs articulaires. En cas de douleurs persistantes ou sévères malgré le traitement par AINS, une courte cure de corticoïdes par voie orale, comme la prednisolone à raison de 60 mg/j pendant trois à cinq jours, peut être nécessaire.

4.9. En thérapeutique d'urgence Pour leur action immunosuppressive et anti-allergique

Les corticoïdes sont des éléments essentiels dans le traitement des réactions allergiques graves pouvant survenir en cabinet dentaire. Il est donc fortement recommandé à chaque praticien d'avoir ces médicaments dans la trousse d'urgence du cabinet dentaire.

4.9.1. Conduite à tenir devant une crise d'asthme

Une crise d'asthme se caractérise par une bradypnée expiratoire sifflante se développant rapidement. Elle s'accompagne de polypnée, difficulté à parler, anxiété, agitation, sueurs, tachycardie, et parfois cyanose.

Le traitement initial consiste en une double insufflation de β -2 stimulants tels que le salbutamol, la terbutaline, ou le fénéterol. En cas d'inefficacité après cinq minutes, les insufflations doivent être répétées. Si les symptômes persistent après quatre à six insufflations, une corticothérapie à forte dose (1 mg/kg) est nécessaire, utilisant des comprimés de prednisolone ou une injection de méthylprednisolone en intramusculaire ou en intraveineuse lente.

En cas de crise initialement sévère, le traitement inclut un β -2 stimulant par voie sous-cutanée et en spray, des corticoïdes à forte dose, éventuellement une oxygénothérapie, et il est crucial d'alerter le SAMU.

4.9.2. Conduite à tenir devant une réaction allergique

Les manifestations d'une réaction allergique comprennent des manifestations cutanées (urticaire, rash), des manifestations cutanéomuqueuses (**œdème de Quincke**), et des manifestations respiratoires (bronchospasme).

La première mesure est l'arrêt du médicament suspecté, suivi de l'administration d'un traitement symptomatique associant des corticoïdes (prednisolone) à raison de 1 mg/kg/j et un antihistaminique (dexchlorphéniramine ou méquitazine).

4.9.3. La prise en charge d'un choc anaphylactique

Le choc anaphylactique, manifestation sévère de l'hypersensibilité immédiate, peut entraîner une issue fatale sans intervention rapide. Souvent déclenché par une injection médicamenteuse intraveineuse ou une piqûre d'hyménoptère, il se manifeste par divers symptômes graves tels que malaise général, urticaire, prurit, frissons, sueurs, nausées, voire perte de conscience et arrêt cardiaque.

Procédure de traitement :

- Administrez immédiatement une injection d'adrénaline ampoule de 1 mg à raison de 0,01 mg/kg, la moitié par voie sous-cutanée et l'autre moitié en intramusculaire. Répétez l'injection en fonction de l'état tensionnel après 15 minutes.
- Injectez des corticoïdes en intramusculaire : 2 ampoules de 40 mg de méthylprednisolone.
- Effectuez une injection d'antihistaminique : 5 mg de dexchlorphéniramine 50 mg de prométhazine.
- En cas d'œdème de Quincke, procédez à une pulvérisation bucco-pharyngée et à une inhalation d'adrénaline.
- Si une crise d'asthme est présente, administrez des β -2 stimulants par spray ou par voie sous-cutanée.
- Si possible, mettez le patient sous oxygène.
- Avertissez le SAMU.

Chapitre II :

La prescription abusive et les impasses thérapeutiques résultant un échec du traitement dentaire

III Les échecs des traitements dentaire en dentisterie

1. Définition

Les échecs médicaux en médecine dentaire surviennent lorsque les traitements, procédures ou interventions dentaires échouent à accomplir les résultats attendus ou à résoudre les problèmes de santé bucco-dentaire des patients.

2. Les signes cliniques d'échec

Absence de soulagement de la douleur : Bien que le patient prenne des analgésiques ou des anti-inflammatoires, il ne ressent aucune amélioration de la douleur associée à des problèmes dentaires tels que les caries, les infections dentaires ou les inflammations des gencives.

Inflammation persistante: Si une infection dentaire ou une inflammation des gencives ne montre aucun signe d'amélioration ou empire malgré l'administration des antibiotiques ou des anti-inflammatoires prescrits, cela suggère que le médicament ne fonctionne pas comme prévu.

Développement des complications post-opératoire des complications telles que des infections, des saignements abondants ou des douleurs intenses surviennent après une chirurgie dentaire malgré la prise des médicaments post-opératoire, cela suggère un échec possible du traitement médicamenteux.

Récidive de l'infection ou de la maladie : Si une maladie parodontale ou une infection dentaire réapparaît après un traitement initial, cela suggère que le médicament n'a pas totalement éradiqué l'infection ou contrôlé la maladie.

Réactions allergiques ou effets secondaires : Si le patient développe des réactions allergiques ou des effets secondaires indésirables après avoir pris des médicaments prescrits, tels que des éruptions cutanées, des nausées, des vomissements, des étourdissements, etc., il peut être crucial de réexaminer le traitement.

3. Différents types d'échecs de traitement en dentisterie

Les échecs de traitement en médecine dentaire peuvent survenir pour diverses raisons, Voici quelques exemples courants et leurs causes possibles:

Échecs des obturations

- Mauvaise technique de restauration.
- Carie récurrente sous l'obturation.
- Matériau de remplissage défectueux ou mal adapté.
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire du patient.

Échecs des traitements de canal (endodontie)

- Canaux radiculaires non identifiés ou mal nettoyés
- Fractures radiculaires non détectées.
- Infections persistantes.
- Défauts dans le scellement du canal.

Échecs des couronnes et des ponts

- Adaptation incorrecte de la prothèse.
- Décollage de la couronne ou du pont.
- Dégradation des structures dentaires de support.
- Caries sous la couronne.

Échecs des implants dentaires

- Rejet de l'implant par le corps.
- Infection autour de l'implant (péri-implantite).
- Perte osseuse autour de l'implant.
- Charge prématurée ou excessive sur l'implant.

Échecs des traitements parodontaux

- Infections persistantes des gencives.
- Non-respect des instructions post-traitement par le patient.
- Conditions médicales sous-jacentes affectant la guérison.

Échecs des traitements orthodontiques

- Mauvaise planification du traitement.
- Non-conformité du patient avec les appareils orthodontiques.
- Rechutes après le traitement si les rétentions ne sont pas portées.

Échecs des extractions dentaires

- Complications comme une alvéolite sèche.
- Fracture dentaire ou osseuse pendant l'extraction.
- Infections post-opératoires.

Échecs de prescription et de médicaments en médecine dentaire

- Les échecs liés aux prescriptions et aux médicaments peuvent également survenir en dentisterie, avec des implications significatives pour la santé du patient.

En odontologie, tout comme dans d'autres domaines de la médecine, différentes erreurs liées aux médicaments peuvent survenir :

Erreurs dans la prescription ou l'administration : Des erreurs dans la prescription du médicament, telles que le choix d'un médicament inadapté, une posologie inappropriée ou une voie d'administration erronée, peuvent entraîner des échecs thérapeutiques.

Erreurs de dosage : Une mauvaise estimation de la dose des médicaments prescrits peut aboutir à un sous-dosage, où le médicament s'avère insuffisamment puissant pour traiter la condition, ou à un surdosage (prescription abusive), susceptible de provoquer des effets secondaires graves

L'erreur humaine est un facteur de risque de surdosage lié à deux situations :

4. La prescription abusive des médicaments

La prescription abusive des médicaments fait référence à une pratique médicale où les médicaments sont prescrits de manière excessive, inappropriée ou non conforme aux normes cliniques établies. Cela peut inclure la prescription de doses trop élevées, de médicaments non nécessaires, ou de médicaments incompatibles avec les besoins médicaux du patient

Facteurs liée à la prescription abusive :

Parmi les facteurs contribuant aux erreurs médicamenteuses, on trouve le manque d'expérience, l'urgence dans les situations critiques, la surcharge de travail, les interruptions fréquentes, la fatigue, le manque d'attention et de vigilance. La négligence de la vérification et de la double vérification, ainsi que des lacunes dans le travail d'équipe, une communication

inefficace entre les membres du personnel et la réticence à utiliser des aide-mémoires peuvent également conduire à des erreurs médicamenteuses

5. L'usage abusif des médicaments

L'utilisation abusive de médicaments se produit lorsque les individus ne suivent pas correctement leur traitement prescrit. Ce terme est généralement associé à l'abus de médicaments classés comme "substances contrôlées" par Santé Canada, parmi lesquelles se trouvent de nombreux analgésiques, anxiolytiques et somnifères. Les personnes qui abusent de ces médicaments peuvent en prendre une quantité supérieure à celle prescrite par leur professionnel de santé, ou les utiliser sans nécessité médicale, ou les mélanger avec de l'alcool ou d'autres substances. Ces comportements peuvent engendrer des problèmes graves tels que la dépendance, les interactions médicamenteuses et même des cas de surdose.

Facteurs propres au patient liée l'usage abusive des médicaments :

- Une confusion entre deux comprimés qui se ressemblent.
- Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux risques de surdosage accidentel de médicaments, notamment lorsqu'elles doivent suivre plusieurs traitements simultanément (polymédication).
- Les jeunes enfants sont également exposés, surtout si les médicaments sont accessibles ou si la posologie a été mal évaluée par un professionnel de santé.
- L'automédication constitue un autre facteur de risque de surdosage involontaire, surtout si le médicament est mal utilisé, comme le non-respect de la posologie ou de la durée de traitement recommandée. Les populations les plus exposées à ces risques sont les adolescents, les jeunes adultes, ainsi que les personnes souffrant de dépression et/ou de dépendance.
- Certains patients sont particulièrement susceptibles aux erreurs médicamenteuses. Cela concerne notamment les catégories spécifiques de patients tels que les femmes enceintes, les patients atteints d'insuffisance rénale, les patients prenant de nombreux médicaments prescrits par différents professionnels de santé, ceux ayant plusieurs problèmes de santé simultanés, et ceux qui ne s'impliquent pas activement dans la gestion

de leurs médicaments et de leur santé. Les patients ayant des problèmes de mémoire, comme ceux atteints de la maladie d'Alzheimer, ainsi que ceux ayant des difficultés de communication, tels que les personnes inconscientes, les nourrissons, les jeunes enfants.

6. Les complications de l'Administration incorrecte d'un médicament

Une méthode d'administration inadéquate des médicaments, telle qu'une injection dans un emplacement incorrect ou une voie d'administration inappropriée, peut compromettre l'efficacité du traitement ou engendrer des complications.

Réactions allergiques : Les patients peuvent développer des réactions allergiques aux médicaments prescrits, ce qui peut entraîner la nécessité d'interrompre immédiatement le médicament et de prendre des mesures d'urgence appropriées.

Interactions médicamenteuses : Prendre plusieurs médicaments en même temps peut causer des interactions indésirables, affectant ainsi l'efficacité du traitement ou augmentant le risque d'effets secondaires.

Non-respect des instructions : Les patients peuvent ne pas respecter les instructions pour prendre leurs médicaments, ce qui risque de réduire l'efficacité du traitement ou de causer des problèmes de sécurité.

Erreurs de stockage et de gestion des médicaments : Une gestion inadéquate des médicaments dans le cabinet dentaire peut entraîner l'utilisation de médicaments périmés ou contaminés, mettant en péril la sécurité des patients.

Variabilité de la réponse individuelle : La façon dont les médicaments agissent peut varier d'une personne à l'autre en raison de facteurs génétiques, physiologiques et environnementaux, ce qui peut entraîner des échecs dans le traitement chez certains patients.

Résistance aux médicaments : Une utilisation excessive ou inappropriée d'antibiotiques et d'autres médicaments peut encourager l'émergence de résistances bactériennes, réduisant ainsi l'efficacité des médicaments au fil du temps.

7. Les solutions pour éviter l'usage abusif de médicaments :

Voici quelques recommandations pour prévenir tout risque de surdosage de médicaments :

- Il est primordial de suivre scrupuleusement l'ordonnance et la prescription du médecin dès le début du traitement.
- Il est essentiel de vérifier attentivement la posologie, l'heure de prise et la durée du traitement.
- En cas d'automédication, il est crucial de lire systématiquement la notice du médicament avant de le prendre.
- Pour les personnes âgées, il est recommandé de ne pas hésiter à consulter le médecin pour toute question et à utiliser un pilulier pour s'organiser et prévenir les erreurs.
- Il est impératif de ranger les médicaments hors de la portée des enfants.

Lorsqu' il est impossible de contrôler et de corriger ces échecs, nous sommes confrontés à ce qu'on appelle une impasse thérapeutique.

IV. L'impasse thérapeutique en médecine dentaire

1. Définition de l'impasse thérapeutique

Les impasses thérapeutiques en médecine dentaire surviennent lorsque les traitements classiques disponibles ne parviennent pas à résoudre efficacement les problèmes de santé bucco-dentaire d'un patient.

2. Importance de la gestion des impasses thérapeutiques dans la pratique dentaire

La gestion des impasses thérapeutiques revêt une importance capitale dans la pratique dentaire

Pour plusieurs raisons essentielles :

Optimisation des soins aux patients : En reconnaissant et en traitant les impasses thérapeutiques de manière efficace, les dentistes peuvent rehausser la qualité des soins dentaires fournis à leurs patients. Cela garantit que les patients bénéficient des traitements les mieux adaptés et les plus efficaces pour leurs problèmes dentaires.

Prévention des complications : L'absence de résolution des impasses thérapeutiques peut entraîner des complications graves pour les patients, notamment des infections étendues, une perte osseuse, une douleur persistante, voire une détérioration de la santé générale. En prenant en charge ces impasses, les dentistes peuvent prévenir ou atténuer le risque de complications indésirables.

Maintien de la confiance patient-praticien : Quand les dentistes identifient et abordent de façon proactive les impasses thérapeutiques, cela consolide la confiance et renforce la relation entre le praticien et le patient. Les patients se sentent rassurés en sachant que leur dentiste est dévoué à leur bien-être et est disposé à examiner toutes les options pour résoudre leurs problèmes dentaires.

Amélioration de la réputation professionnelle : Les dentistes qui montrent leur aptitude à traiter les impasses thérapeutiques de manière efficace améliorent leur réputation en tant que

fournisseurs de soins dentaires de qualité. Ceci peut entraîner une fidélisation accrue des patients et des recommandations favorables de la part de ceux qui sont satisfaits.

Développement professionnel : La gestion des impasses thérapeutiques requiert souvent une approche créative, une expertise clinique approfondie et une mise à jour régulière des connaissances. Les dentistes qui s'investissent dans ce processus d'apprentissage continu améliorent leurs compétences professionnelles et demeurent à la pointe des progrès dans le domaine de la dentisterie.

3. Compréhension des impasses thérapeutiques

3.1. Causes des impasses thérapeutiques en médecine dentaire

La compréhension des principales causes des impasses thérapeutiques en médecine dentaire permet aux dentistes d'appréhender les défis thérapeutiques rencontrés par leurs patients. Voici des informations supplémentaires sur chaque cause :

1. **Résistance aux médicaments :** La résistance aux médicaments est un phénomène qui se produit lorsque les agents pathogènes responsables des infections dentaires développent une capacité à survivre et à se reproduire malgré l'administration de médicaments, tels que les antibiotiques. Cette résistance peut résulter d'une utilisation inappropriée ou excessive d'antibiotiques, du sous-dosage des médicaments, ou de l'exposition répétée à des agents antimicrobiens. La présence de bactéries résistantes peut rendre les infections dentaires plus difficiles à traiter et prolonger la durée du traitement.
2. **Complexité des conditions dentaires :** Les affections dentaires telles que les infections périapicales, les caries avancées ou les maladies parodontales sévères peuvent être complexes et présenter diverses complications. Par exemple, les infections périapicales peuvent impliquer une inflammation de la pulpe dentaire et des tissus environnants, nécessitant souvent des traitements endodontiques comme les traitements de canal radiculaire. De même, les maladies parodontales avancées peuvent entraîner une perte osseuse et une mobilité dentaire, nécessitant des interventions chirurgicales et une gestion à long terme.
3. **Limitations des traitements disponibles :** Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans le domaine de la dentisterie, il existe encore des limitations dans

les traitements disponibles pour certaines affections dentaires. Par exemple, les traitements conservateurs tels que les obturations dentaires peuvent ne pas être adéquats pour traiter des caries profondes qui menacent la vitalité de la pulpe dentaire. Dans de tels cas, des traitements de canal radiculaire ou des extractions dentaires peuvent être nécessaires pour résoudre le problème.

4. **Réactions individuelles des patients** : Les réactions individuelles des patients aux traitements dentaires varient en fonction de leur sensibilité individuelle, de leurs allergies potentielles et de leurs caractéristiques physiologiques uniques. Certains patients peuvent être plus sensibles à certains matériaux dentaires ou peuvent présenter des réactions allergiques à certains médicaments. Ces variations individuelles doivent être prises en compte lors de la planification des traitements et du choix des matériaux pour minimiser les risques pour la santé du patient.

3.2. Conséquences des impasses thérapeutiques

Les conséquences des impasses thérapeutiques en médecine dentaire peuvent être significatives et variées, impactant à la fois les patients et les praticiens. Voici une explication de chaque point :

- Impact sur la santé bucco-dentaire des patients : Les impasses thérapeutiques peuvent détériorer la santé bucco-dentaire des patients, entraînant des pertes dentaires, des complications parodontales et des douleurs persistantes, affectant ainsi leur qualité de vie.
- Augmentation des complications : Les impasses thérapeutiques non résolues peuvent aggraver les conditions dentaires existantes, augmentant le risque de propagation des infections à d'autres parties de la cavité buccale ou du corps, ce qui peut conduire à des abcès, des infections systémiques voire une septicémie.
- Diminution de la confiance patient-praticien : L'incapacité à résoudre les impasses thérapeutiques peut diminuer la confiance entre le patient et le praticien. Les patients peuvent se sentir frustrés ou déçus, compromettant ainsi la relation patient-praticien et entraînant parfois la perte de patients.
- Implications légales et éthiques : Les impasses thérapeutiques non résolues peuvent avoir des implications légales et éthiques pour les praticiens dentaires. Ces derniers ont la responsabilité de fournir des soins de qualité et de respecter les normes

professionnelles et éthiques. En cas de complications ou de résultats indésirables liés à ces impasses, les praticiens peuvent être confrontés à des poursuites pour négligence ou à d'autres problèmes juridiques.

4. Stratégies pour gérer les impasses thérapeutiques

A. Approches alternatives de traitement :

- Interventions chirurgicales : Des procédures chirurgicales peuvent être nécessaires pour traiter des problèmes dentaires complexes ou avancés, comme l'extraction de dents infectées ou la chirurgie parodontale pour traiter des maladies des gencives avancées.
- Traitements combinés : Combiner différentes modalités de traitement, telles que la chirurgie et la thérapie médicamenteuse, peut être nécessaire pour obtenir des résultats optimaux, surtout dans les cas complexes nécessitant une approche multidisciplinaire.
- Références à des spécialistes : Les dentistes peuvent orienter les patients vers des spécialistes dentaires ou médicaux pour des avis spécialisés et des traitements complémentaires, notamment en cas de chirurgie orale, d'orthodontie avancée ou de gestion de conditions médicales sous-jacentes.

B. Utilisation judicieuse des médicaments : Le choix et l'administration appropriés de médicaments, tels que les antibiotiques ou les anti-inflammatoires, peuvent être essentiels pour traiter les infections dentaires résistantes ou les conditions inflammatoires, en veillant à éviter les résistances aux médicaments et les effets secondaires indésirables.

C. Importance de la communication patient-praticien : Une communication ouverte et transparente entre le patient et le praticien est cruciale pour établir une relation de confiance, comprendre les attentes du patient, expliquer les différentes options de traitement disponibles et collaborer pour élaborer un plan de traitement adapté aux besoins et préférences du patient.

D. Formation continue et mise à jour des compétences : Les dentistes doivent participer à des programmes de formation continue pour rester à jour sur les dernières avancées dans le domaine de la dentisterie, acquérir de nouvelles compétences techniques et être informés des options

thérapeutiques alternatives émergentes, ce qui leur permet de mieux gérer les impasses thérapeutiques et de fournir des soins dentaires de haute qualité.

En appliquant ces stratégies, les dentistes peuvent améliorer leur capacité à surmonter les impasses thérapeutiques et à fournir des soins dentaires efficaces et adaptés aux besoins spécifiques de chaque patient, garantissant ainsi des résultats optimaux et la satisfaction des patients

La Partie pratique

1- Objectif de l'étude :

Objectif principal :

- mesurer la fréquence des échecs de traitements dentaires les plus fréquents retrouvés attribués à la prescription abusives des médicaments et impasse thérapeutiques.

Objectifs secondaires :

- identifier les causes spécifiques des échecs de traitement dentaires associées à la prescription abusives de médicaments et impasses thérapeutique
- Evaluer l'impact des impasses thérapeutiques sur la qualité de vie des patients
- Proposer des solutions préventives pour réduire les échecs de traitements dentaires associés à la prescription abusive de médicaments et impasses thérapeutique.

2- Patients et méthodes :

Nous avons mené une étude de type descriptive, prospective axée sur les principaux pathologies rencontré dans la cavité buccale qui a porté sur les patients pris en charge pour des pathologies divers qui nécessite la prescription médicamenteuse basée sur les antibiotiques, les corticoïdes et les anti-inflammatoire.

2-2- Lieu et durée d'étude :

Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée au niveau du 03 services spécialisés en médecine dentaire :

- Service de consultation de pathologie et chirurgie buccale et service de parodontologie de la clinique dentaire de CHU de Tlemcen (EL Faradj)
- Service de consultation d'odontologie conservatrice endodontique de la clinique dentaire au niveau de la faculté de médecine de Tlemcen

Duré d'étude :

L'étude s'est étalée sur une durée de 05mois allant de Novembre 2023 à Mars2024

2-3- Population d'étude :

Notre étude à concerner les parents reçus pour motif de consultation variés telle que : les pathologies infectieuses, inflammatoire ou tumorales ou bien un dysfonctionnement des ATM, accident hémorragique dans la clinique dans la clinique dentaire de la faculté de médecine de Tlemcen et aussi au niveau de la clinique dentaire de CHU de Tlemcen EL Faradj.

2-4-Critères d'inclusion

Patients, tout âge et sexe confondu, pris en charge en consultation au niveau des services de pathologie , parodontologie et d'odontologie conservatrice endodontique durant la période de notre étude et ayant bénéficiés d'une prescription d'antibiotique, corticoïdes et anti inflammatoire non stéroïdien.

2-5-Déroulement de l'étude

Après autorisations des chefs de service de PBD et de parodontologies et d'O.C.E du CHU de Tlemcen, la collecte de données s'est effectuée durant des jours ouvrables pendant une durée de Cinq mois, elle s'est basée sur :

- L'anamnèse et examens cliniques du patient
- La consultation des dossiers des patients
- La consultation des médecins traitant en cas des données non comprises et complément d'information

-Moyens humains

Cette étude est menée par deux internes en médecine dentaire au niveau de la clinique dentaire, plus précisément le service de PBD, Paro et d'OCE du CHU de Tlemcen, encadrés par Professeur MEDJADI, médecin chef du service d'anesthésie et réanimation.

-Matériels utilisés pour l'examen clinique et la prise en charge des patients

- Fauteuil dentaire.
- Plateau de consultation.

-Recueil des données

La collecte des données a été faite sur la base d'une fiche d'enquête préétablie. Ces fiches ont été remplies suite à un interrogatoire suivi d'un examen clinique et des examens complémentaires. La fiche d'enquête comporte : (**Annexe II**)

Volet identification

Nom et prénom qui resteront anonymes dans le respect de la confidentialité du patient.

Age, sexe.

Volet clinique

- ✓ Les antécédents généraux - Histoire de la maladie
- ✓ Le traitement préalable (notion d'existence de résistance aux médicaments)
- ✓ Notion d'utilisation abusive de traitement.
- ✓ Le diagnostic retenu.
- ✓ Plan de traitements.
- ✓ Les médicaments prescrits et leur durée.
- ✓ L'évolution post-thérapeutique.
- ✓ Les complications et les signe clinique en cas d'échecs de traitements
- ✓ Les causes d'échecs et la solution proposée par le médecin traitant.
- ✓ Evaluation de cette situation pour déterminer si elle constitue une impasse thérapeutique.

-Exploitation et analyse des données :

Les données ont été entrées dans Microsoft Excel 2010, puis analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS 22.0. Le processus d'analyse comportait plusieurs étapes, notamment un contrôle de qualité des données pour repérer les erreurs de saisie, la création de classes pour les variables quantitatives, et enfin une analyse descriptive de chaque variable de la fiche technique grâce à un tri à plat.

Les résultats des analyses descriptives ont été présentés sous forme de fréquences (en pourcentage) pour les variables qualitatives de l'ensemble de l'échantillon. Pour les variables quantitatives, les données ont été exprimées en moyenne \pm écart type ($m \pm s$).

L'exploration des associations entre différentes variables a été effectuée en utilisant le test du khi-deux ou khi-carrée de Pearson (test X^2) pour les variables qualitatives, ainsi que la comparaison des moyennes avec le test de Student (test t) ou le test ANOVA pour les variables quantitatives. Le seuil de signification statistique retenu était de 5%.

2-6-Difficultés rencontrées :

- Le manque de temps nous a empêché de rassembler le nombre requis des patients
- Manque de coopération du patient par le non respect de l'ordonnance
- Plusieurs patients ne sont pas revus pour le contrôle ce qui ne nous a pas permis de connaître l'issue après la prescription médicamenteuse
- Manque de crédibilité des réponses du patient lorsqu'on lui pose la question
- Parfois le patient refuse totalement de nous répondre ou de nous contacter

2-7-Considérations éthiques:

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients

3- Résultats

3-1- Description de la population d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective réalisée au niveau du service de pathologie buccodentaire et du service de parodontologie et odontologie conservatrice endodontique durant une période de 5 mois allant du 1 novembre 2023 au 30 mars 2024 concernant 130 patients suivis jusqu'à la fin du traitement dont l'âge moyen est de 34,75 ans plus ou moins 13,01 avec des limites allant de 6 à 81 ans et un Sexe ratio=1,06(Figure 1).

3-1-1 Répartition selon le sexe

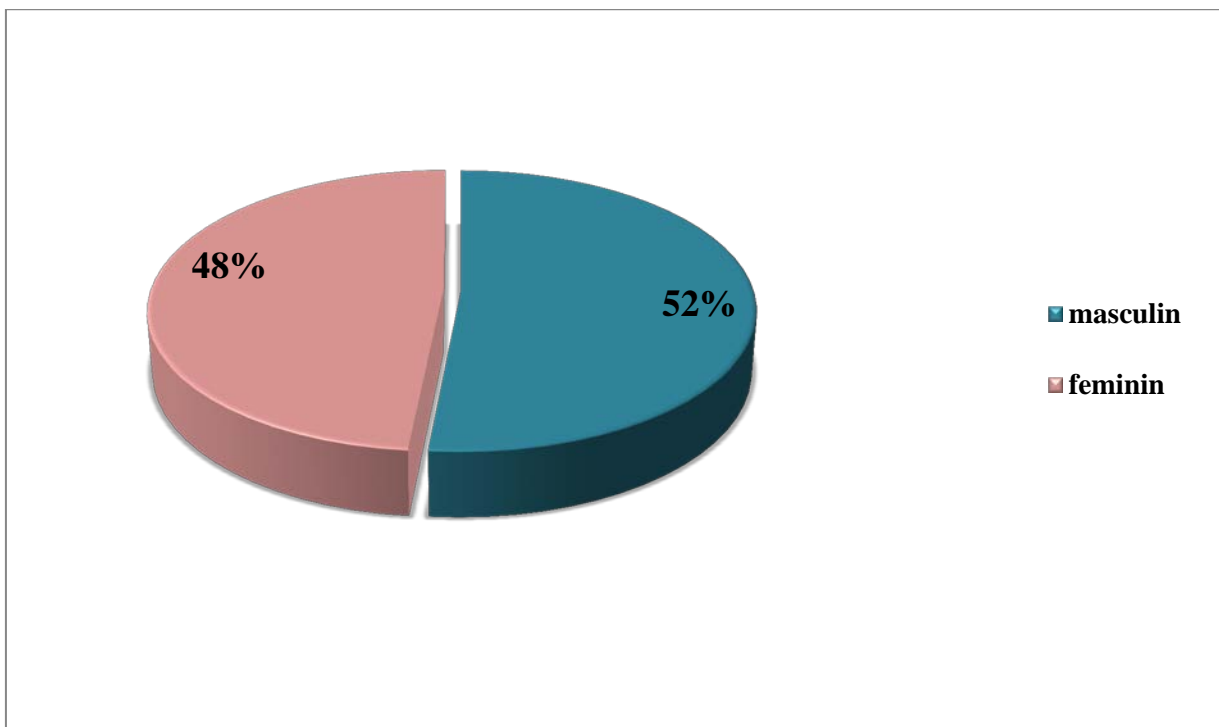


Figure 1: Répartition des patients selon le sexe.

CHU Tlemcen Novembre-Mars 2024

Cette étude a porté sur un échantillon de 130 patients dont : 67 (masculin), 63 (féminin) Dans notre étude le sexe masculin est le plus représenté avec une fréquence de (52%) avec une sex-ratio = 1.06 en faveur du sexe féminin. Le sexe féminin représente (48%) des cas (Figure 1).

3-1-2 Répartition selon l'âge

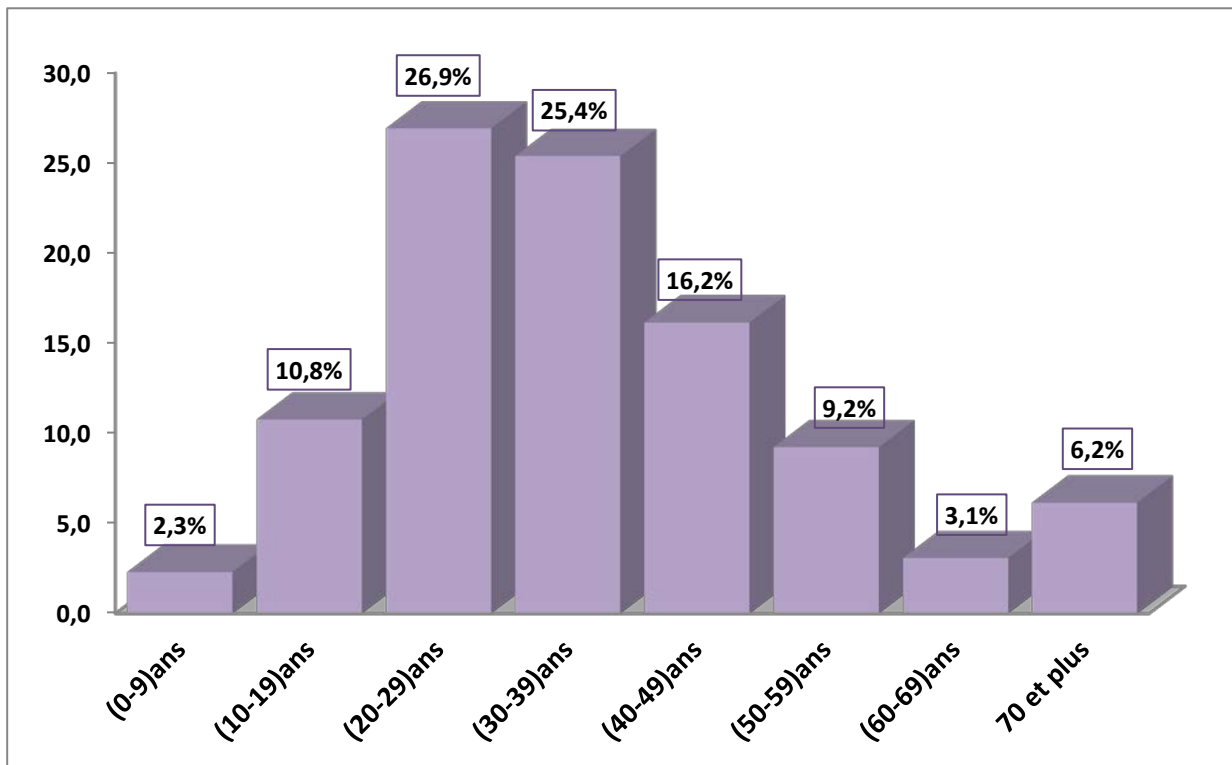


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

L'âge moyen des patients pris en charge est de $34.75 \pm$ ans avec des extrêmes allant de 06ans à 81 ans.

La tranche d'âge la plus touchée sur la période de l'étude était celle de 20-29ans, suivie par la tranche d'âge 30-39ans (Figure 2).

3.1.3. Répartition des patients selon lieu de consultation

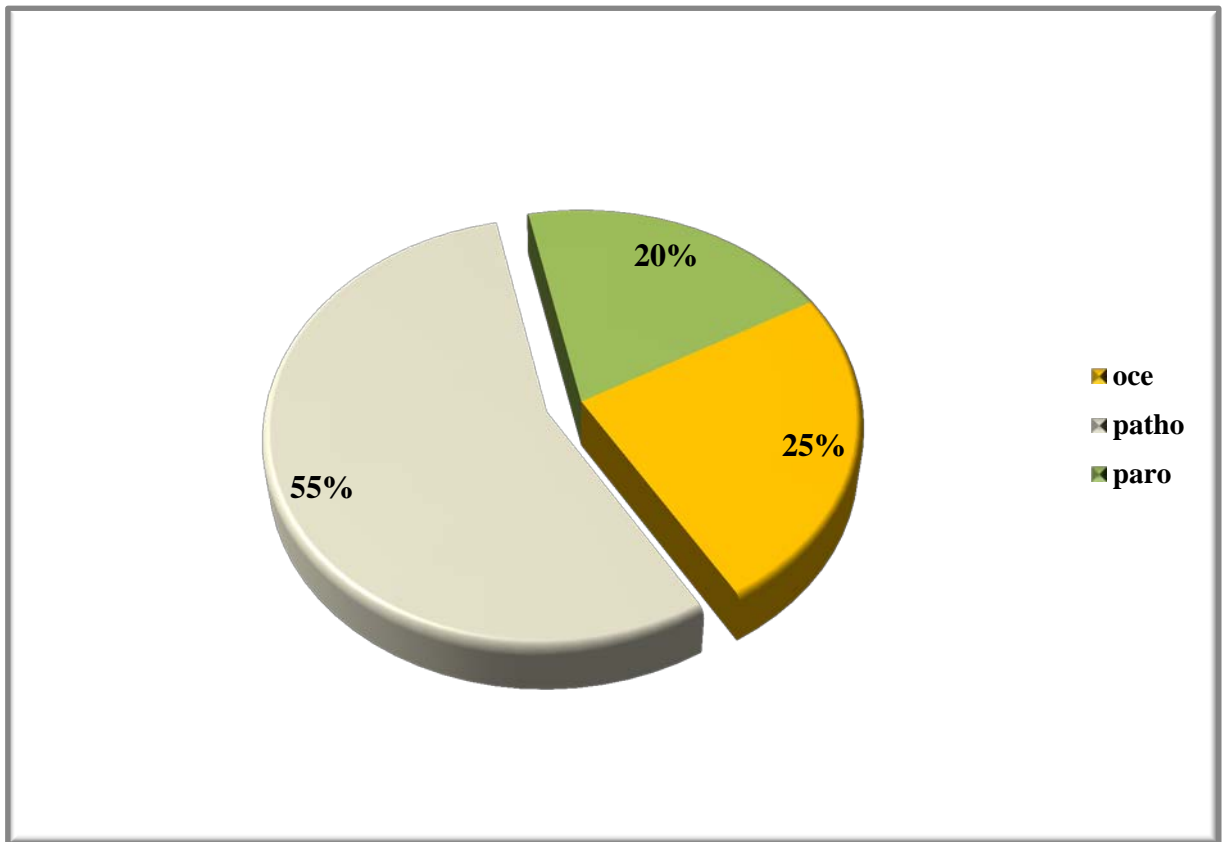


Figure 3 : Répartition des patients selon le service.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Plus de la moitié des patients (55%) étaient répartie au niveau du service de pathologie buccoDentaire (Figure 3).

3.2. Répartition des patients selon l'existence d'antécédents médicaux

3.2.1. Répartition selon la présence ou non d'une maladie générale associée

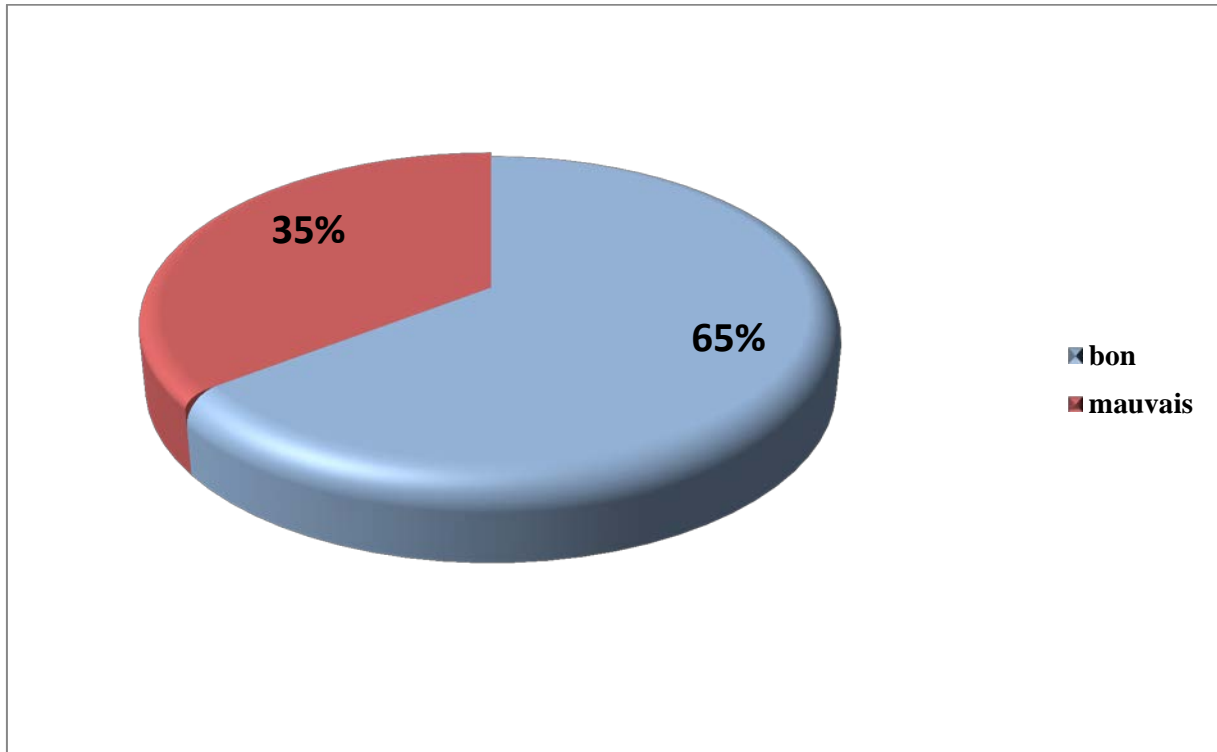


Figure 4 : Répartition des patients selon la présence ou non d'une maladie générale.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Parmi les patients ayant consulté au niveau des services, (35%) ont été diagnostiqués avec une maladie générale, tandis que les (65%) restants n'ont pas présenté de pathologie générale (Figure 4).

3.2.2. Description des pathologies rencontrées

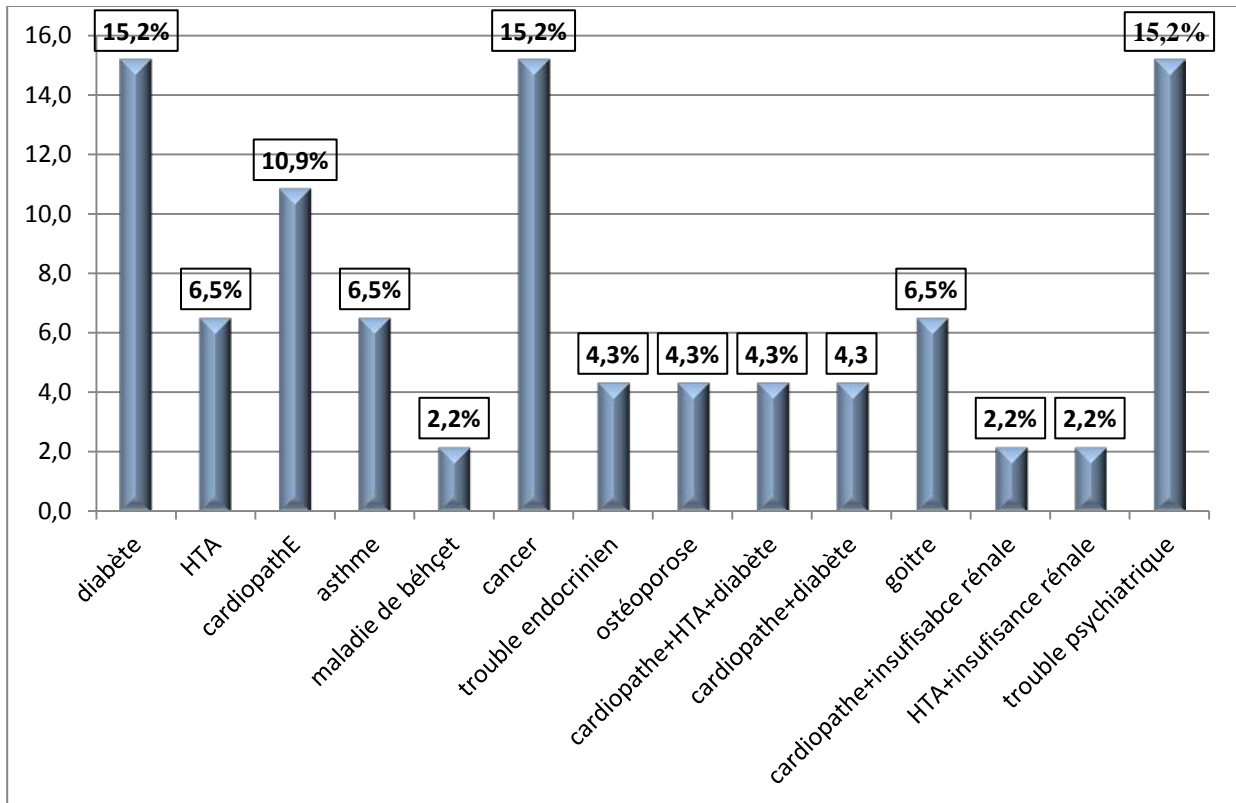


Figure 5 : La répartition des pathologies selon le pourcentage de chaque type.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Parmi les 130 patients ayant consulté, le diabète, le cancer et les troubles psychiatriques ont été les pathologies les plus fréquentes, représentant (15,2%) des cas, suivis par les cardiopathies (10,9%) (Figure 5).

3.2.3. Présence d'une résistance médicamenteuse

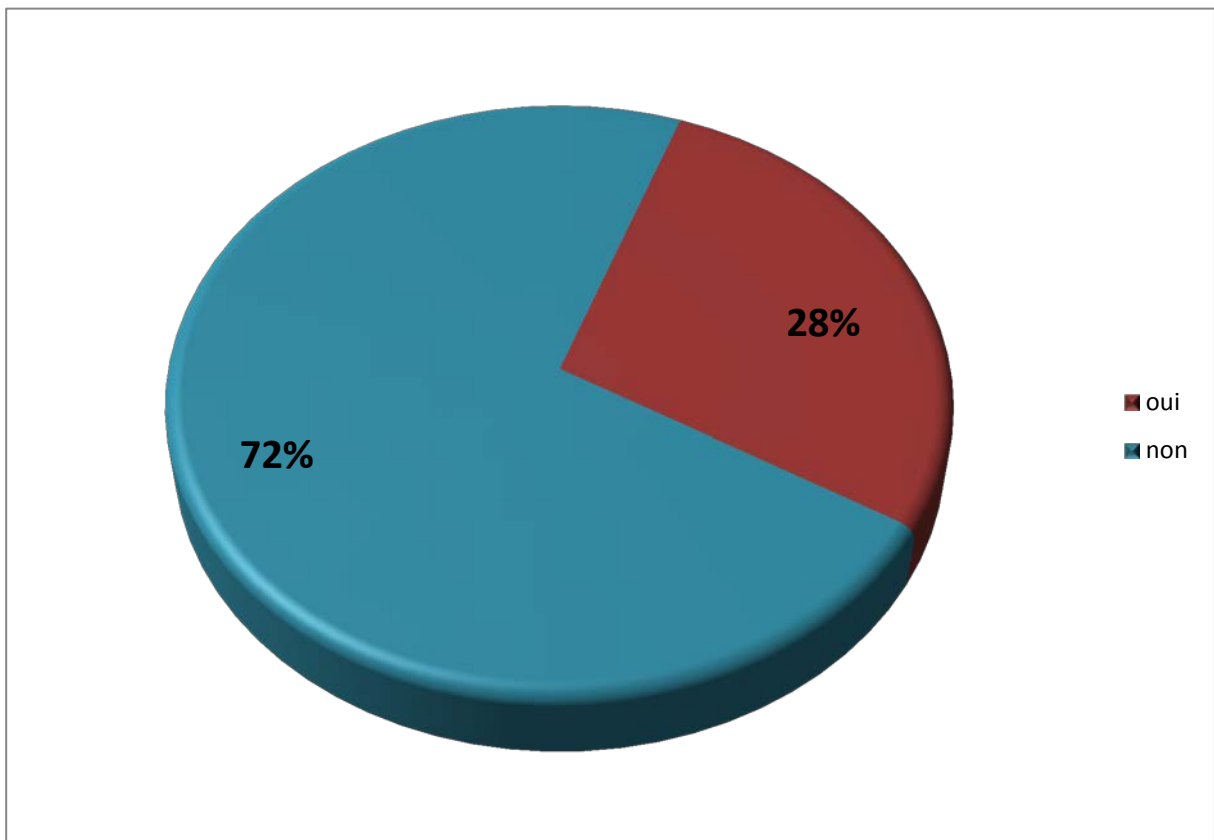


Figure 6 : La répartition des patients selon la résistance aux médicaments.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Nous avons enregistré (28%) des patients présentent des antécédents de résistance aux médicaments (Figure 6).

3.2.4. L'administration des médicaments chez les patients résistants

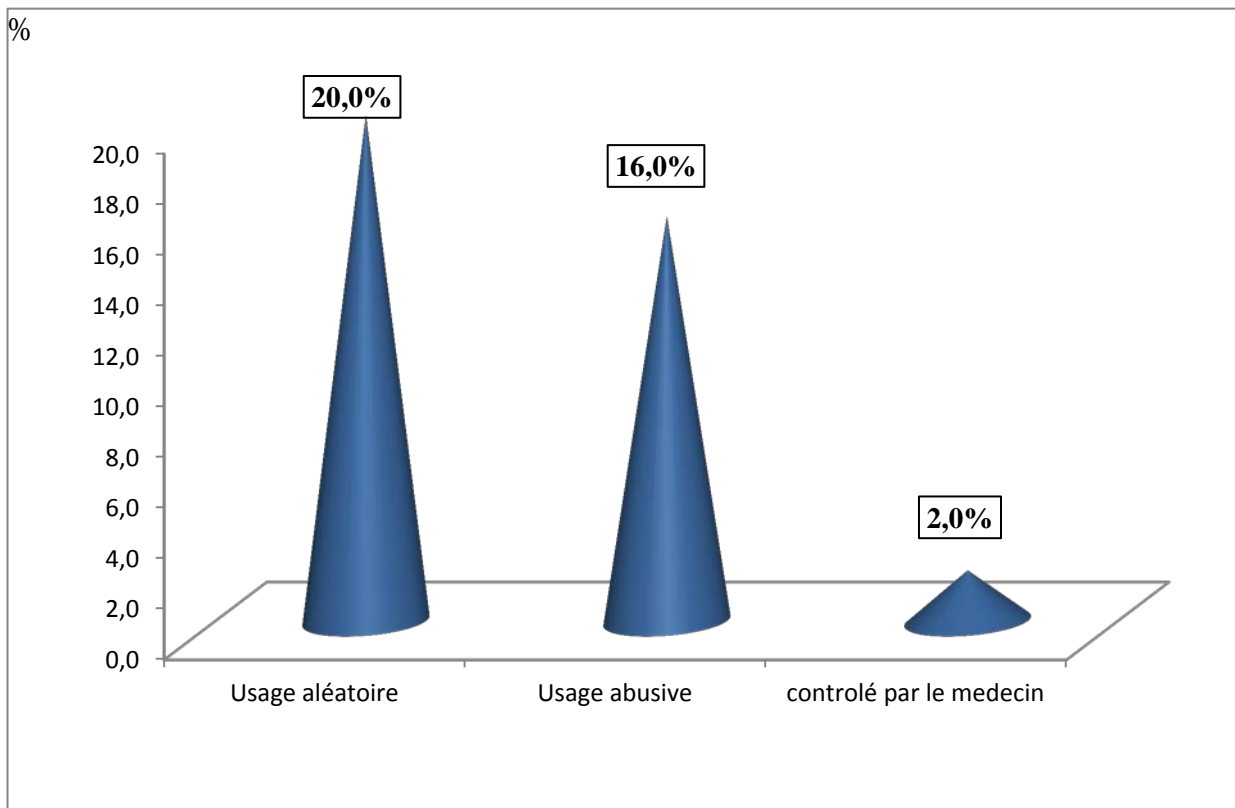


Figure 7 : La répartition des patients résistants selon l'administration des médicaments.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Parmi des patients résistants aux médicaments, (20%) ont développé cette résistance en raison de l'utilisation aléatoire des médicaments. Tandis que (16%) des patients ont été résistants aux médicaments en raison de l'usage abusive (Figure 7).

3.2.4. La cause de la consommation inappropriée des médicaments

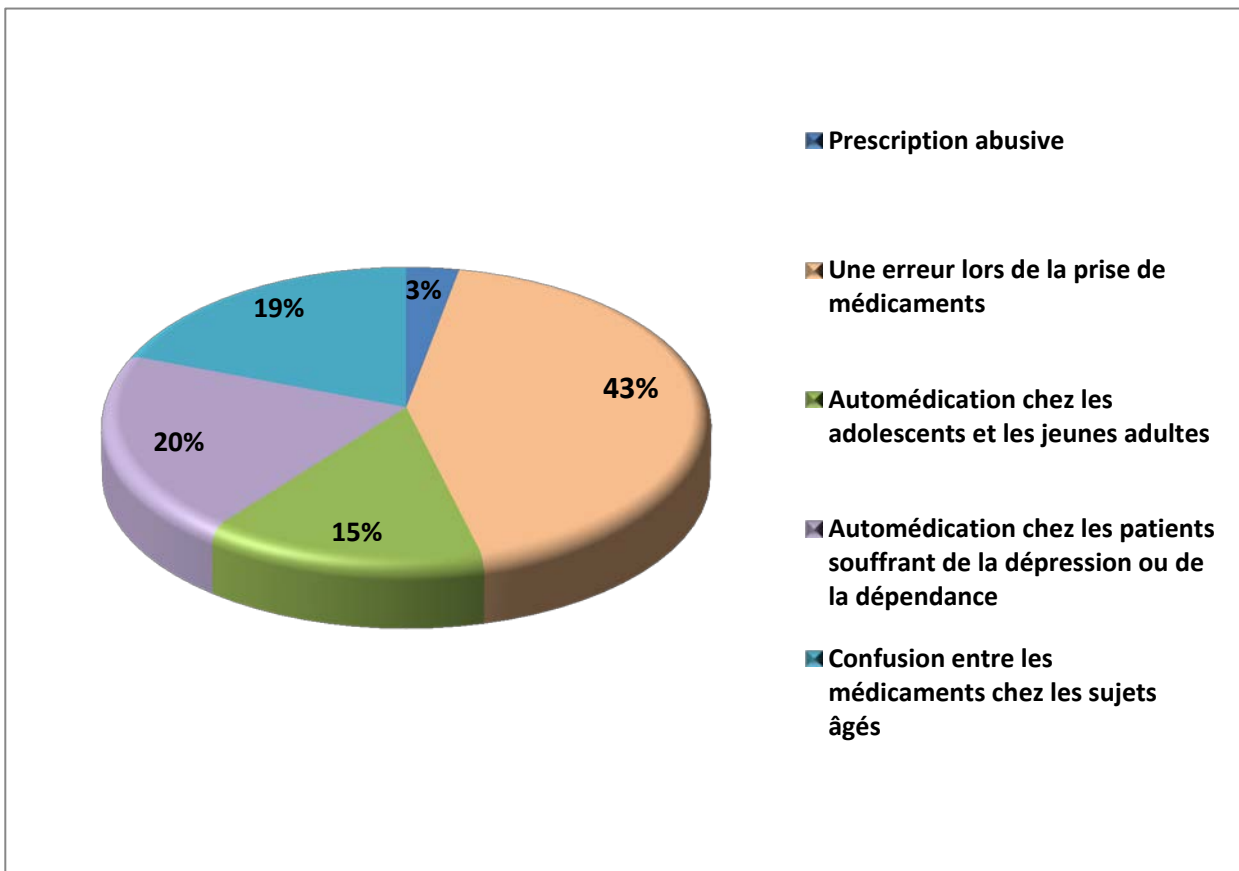


Figure 8 : La répartition des pathologies selon la cause de la consommation

Inappropriée des médicaments.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

La prescription abusive a représenté un faible pourcentage de (3%). Des patients résistant aux médicaments

On a constaté aussi que (43%) des patients ont consommé les médicaments de façon inappropriée par une erreur lors de la prise des médicaments ; (15%) ont automédiqué chez les adolescents et les adultes ; 19% ont été victimes de la confusion entre les médicaments chez les sujets âgés ; (20%) ont automédiqué chez les patients souffrant de la dépression ou de la dépendance (Figure8).

3.3. Répartition de l'effectif des patients selon le motif de consultation

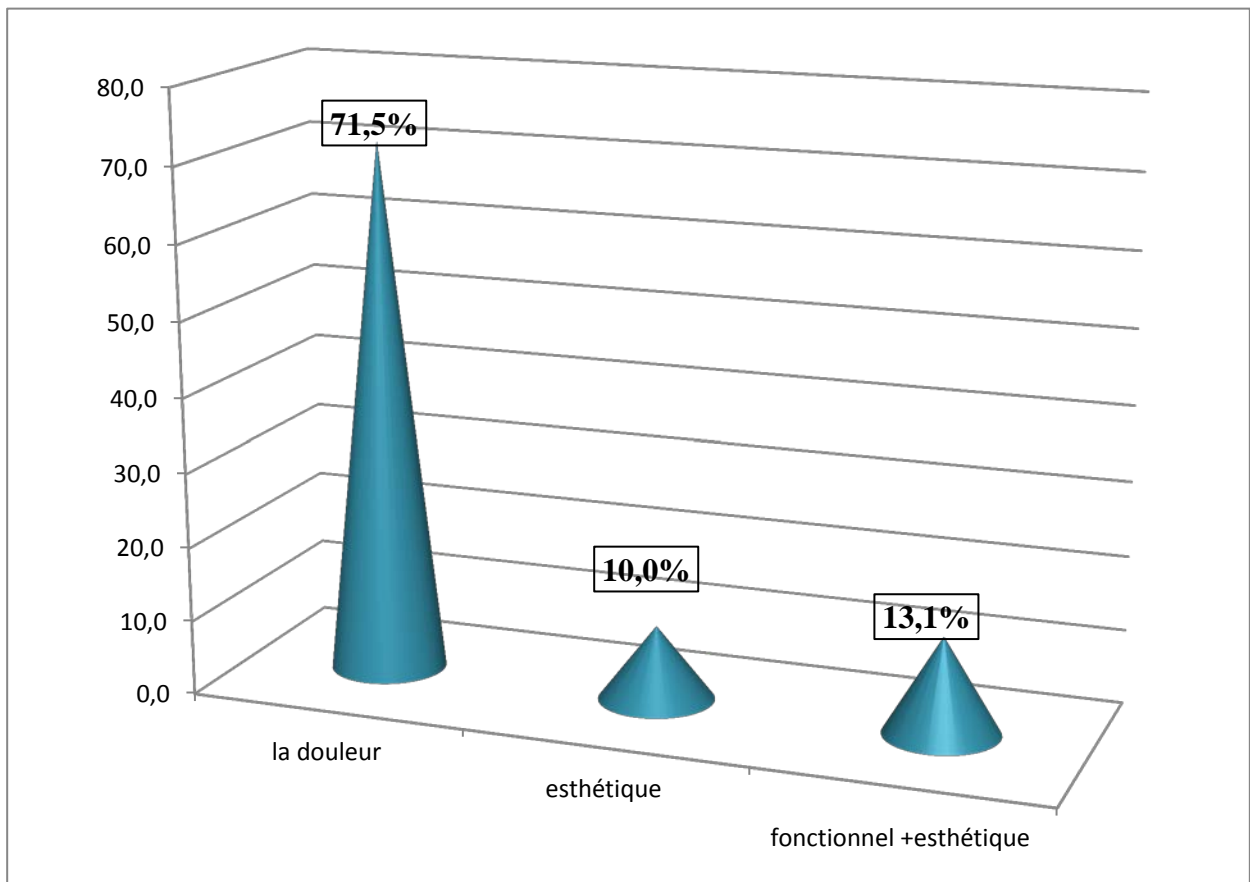


Figure 9 : La répartition des pathologies selon le motif de consultation.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Parmi les 53 patients ayant consulté, (71,5%) se sont présentés pour un motif de consultation douloureux (Figure 9).

3.4. Répartition de l'effectif des patients selon le diagnostic étiologique

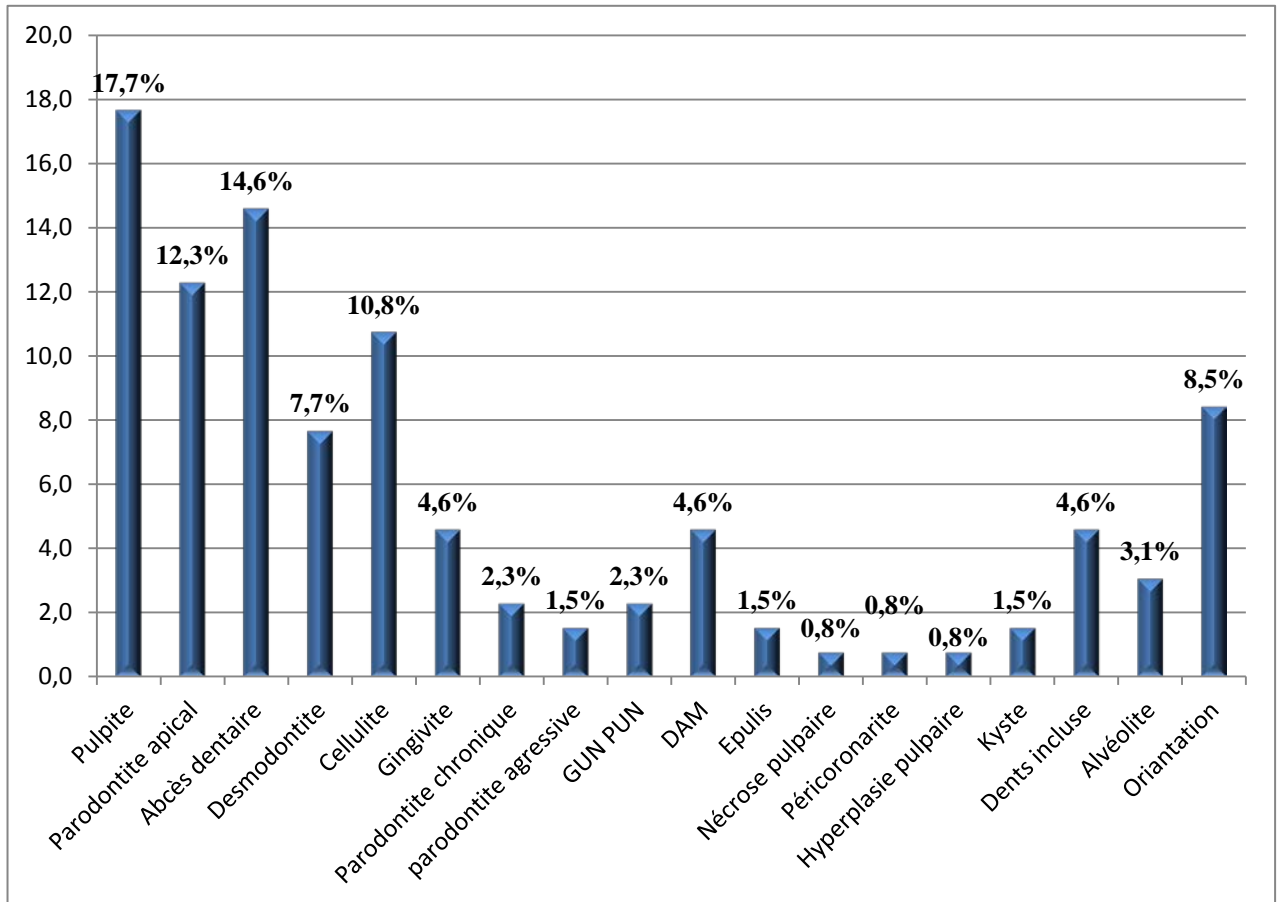


Figure 10 : Répartition des pathologies selon le diagnostic étiologique.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Les pathologies les plus remarquables dans notre étude ont été la pulpite (17,7%) suivie par l'abcès dentaire (14,6%) ; les parodontites apicales (12,3%) et les cellulites (10,8%). Les pathologies les plus rares dans notre population étudiée ont été la nécrose pulpaire, la péri coronarite et l'hyperplasie pulpaire (0,8%) (Figure 10).

3.5. Prise en charge thérapeutique

3.5.1. Le plan de traitement établi par le médecin traitant

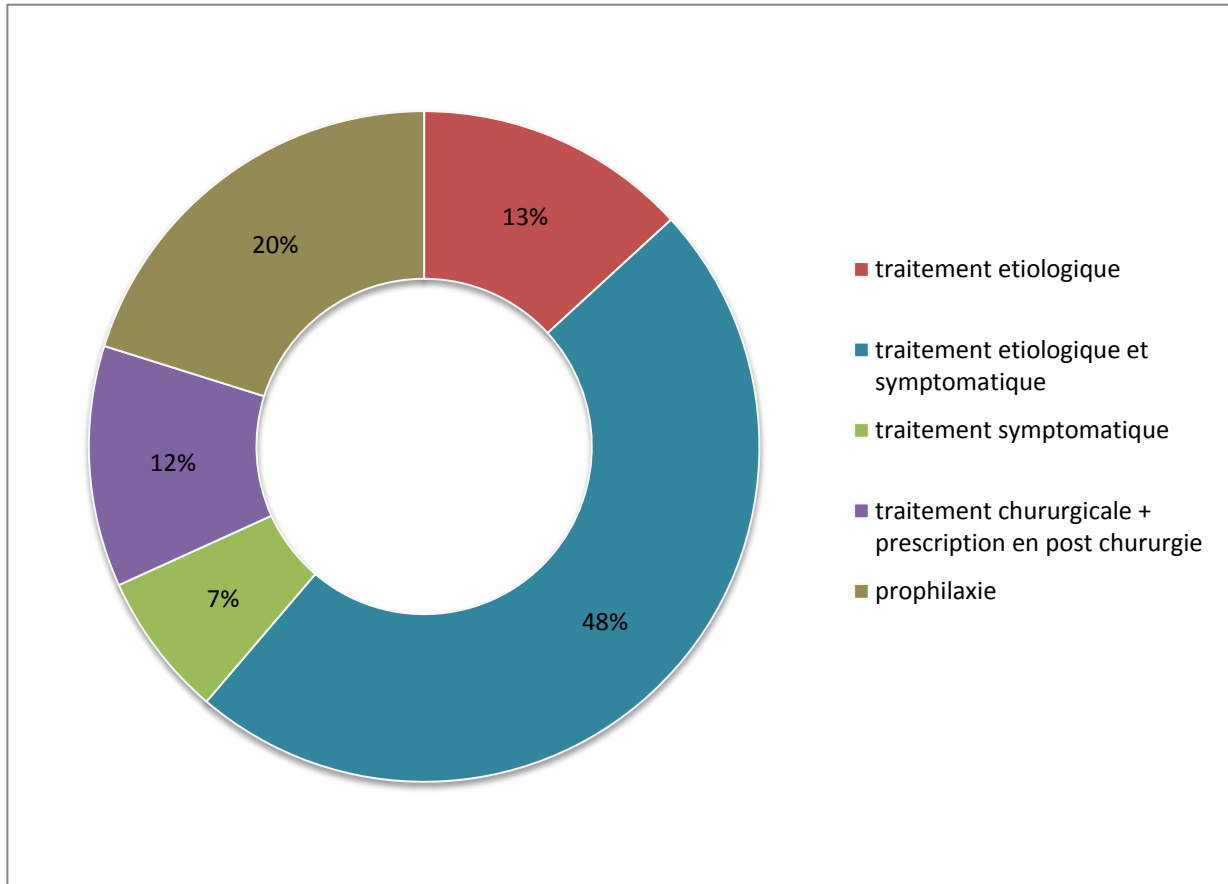


Figure 11 : La répartition des pathologies selon le plan de traitement établi

Par le médecin traitant.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

La fréquence des prescriptions médicamenteuses réalisées par les dentistes ont été des traitements étiologique et symptomatique, représentant 48% (N=62,4) (Figure 11).

3.5.2. Les médicaments prescrits par le médecin traitant

➤ Les antibiotiques

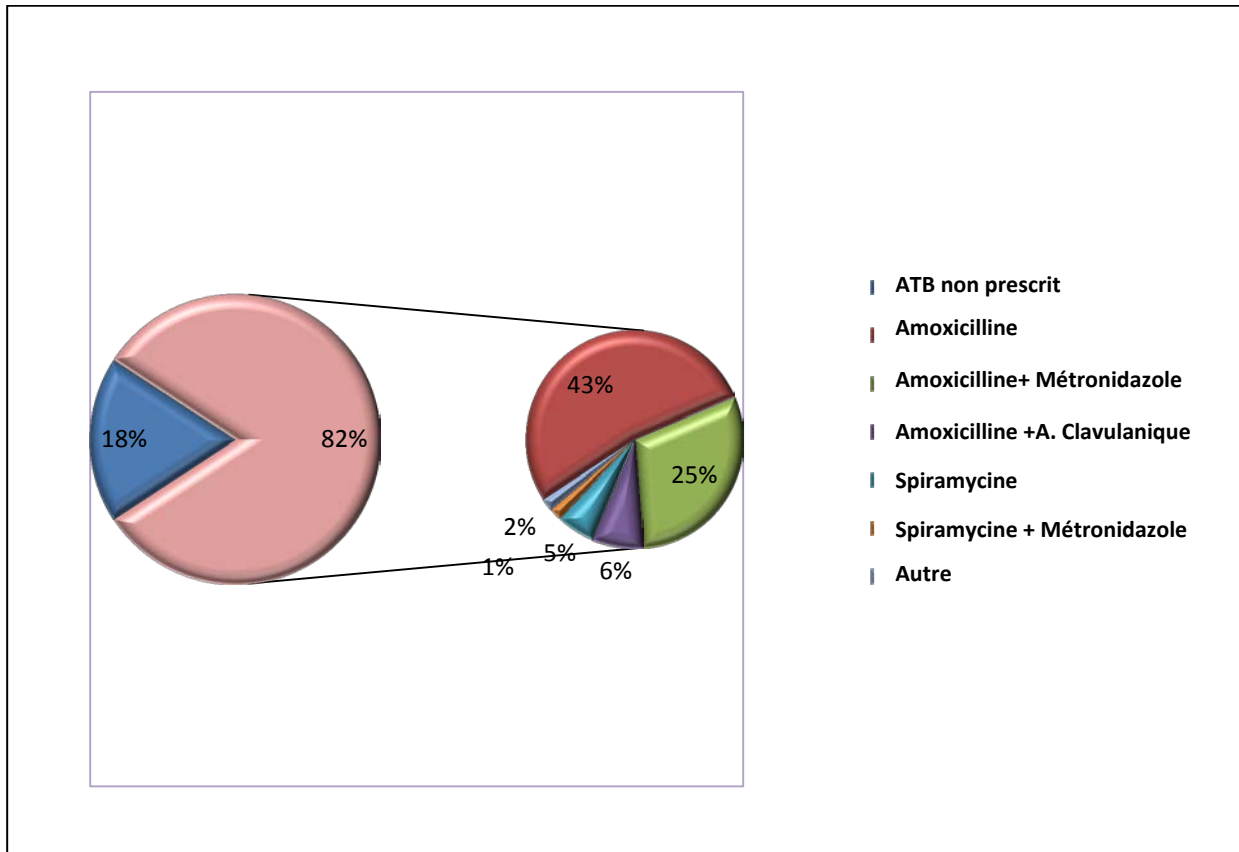


Figure 12 : La répartition des pathologies selon la nature d'ATB prescrit.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Parmi les 130 patients, (81%) ont eu une prescription d'ATB, parmi eux (43%) ont été traités par Amoxicilline. En deuxième intention, Amoxicilline + Métronidazole ont été prescrits à (25%). La spiramycine a été l'antibiotique le moins prescrit, représentant (1%) (Figure 12).

➤ Les anti-inflammatoires

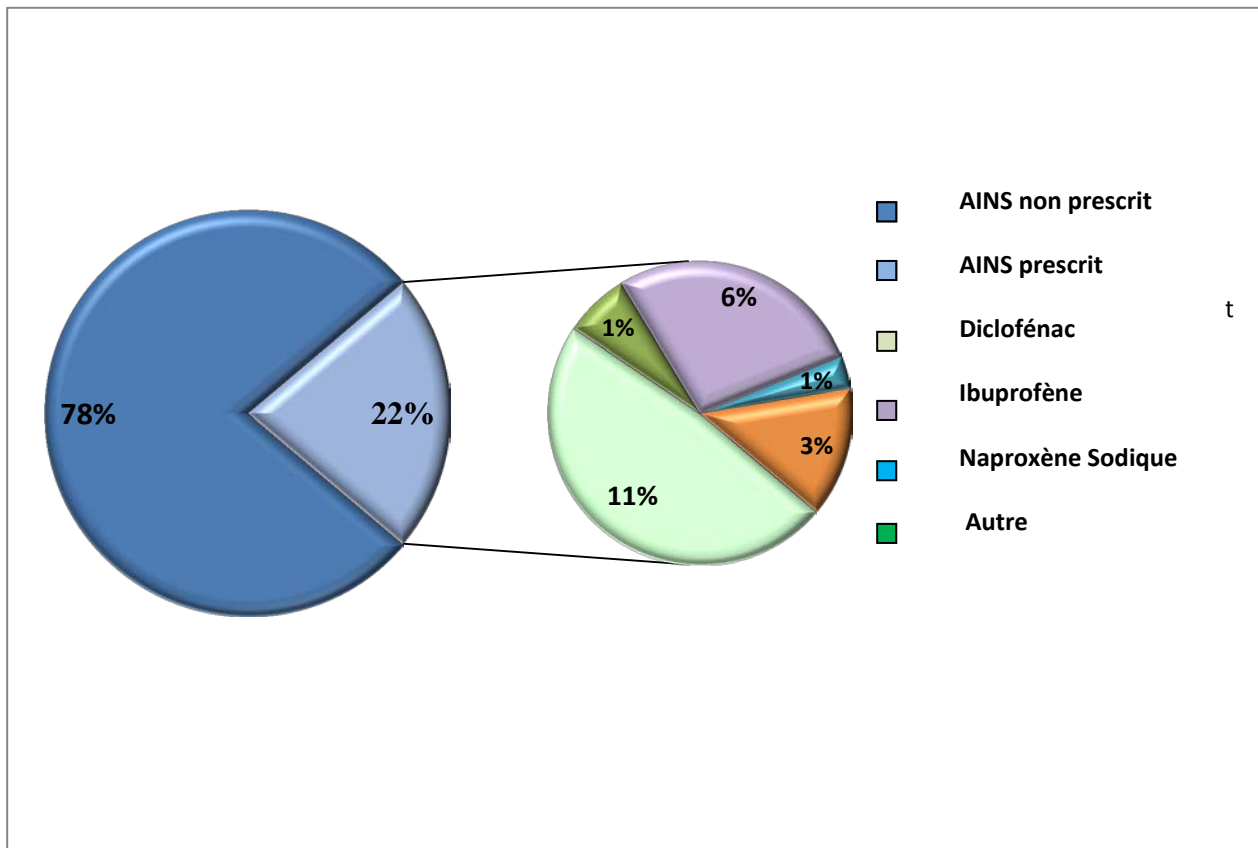


Figure 13 : La répartition des pathologies selon la nature d'AINS prescrit.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été moins prescrits, représentant (21%), parmi eux le plus prescrit a été le Diclofénac à (11%), suivi de l'ibuprofène à (6%) (Figure 13).

➤ Les corticoïdes

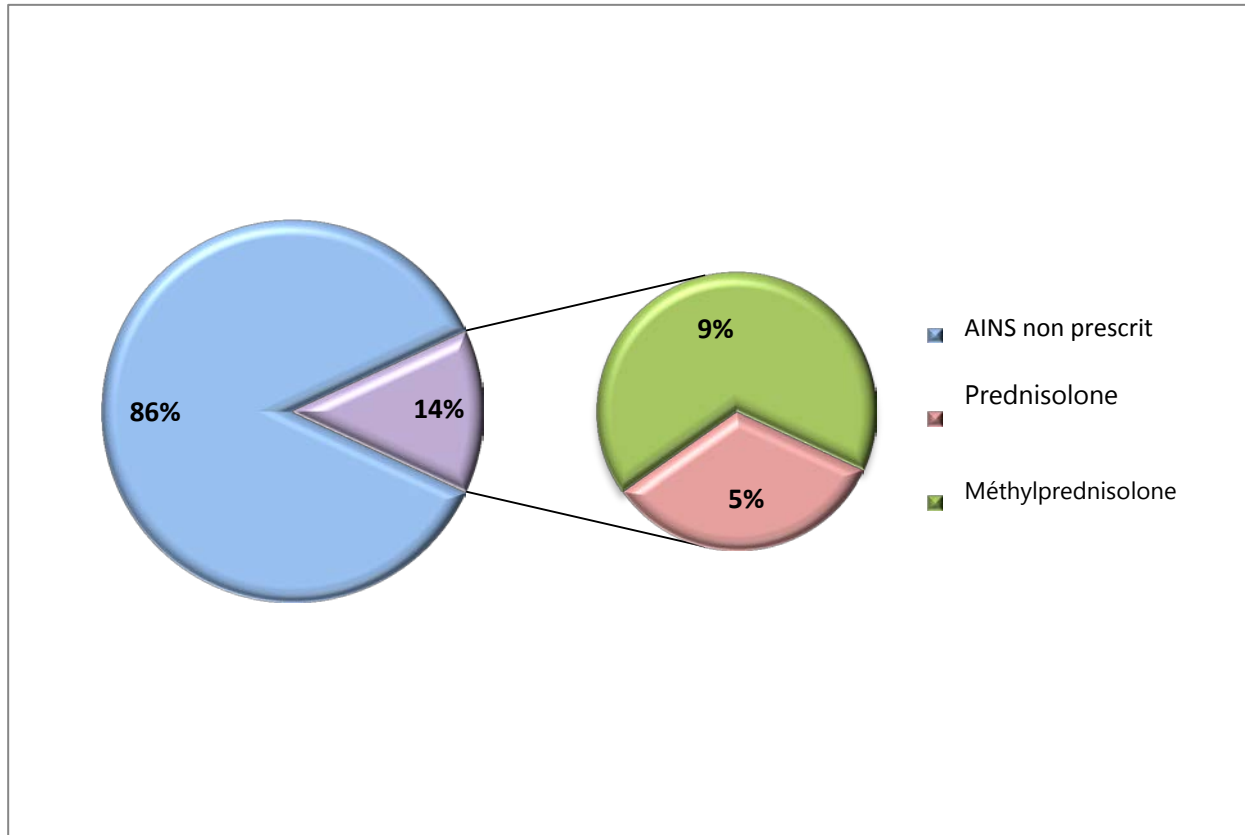


Figure 14 : La répartition des pathologies selon la nature d'AIS prescrit.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Les corticoïdes ont été rarement utilisés, représentant (14%), avec Prednisolone a été prescrit à (9%), plus que Méthylprednisolone à (5%) (Figure 14).

➤ Les antalgiques

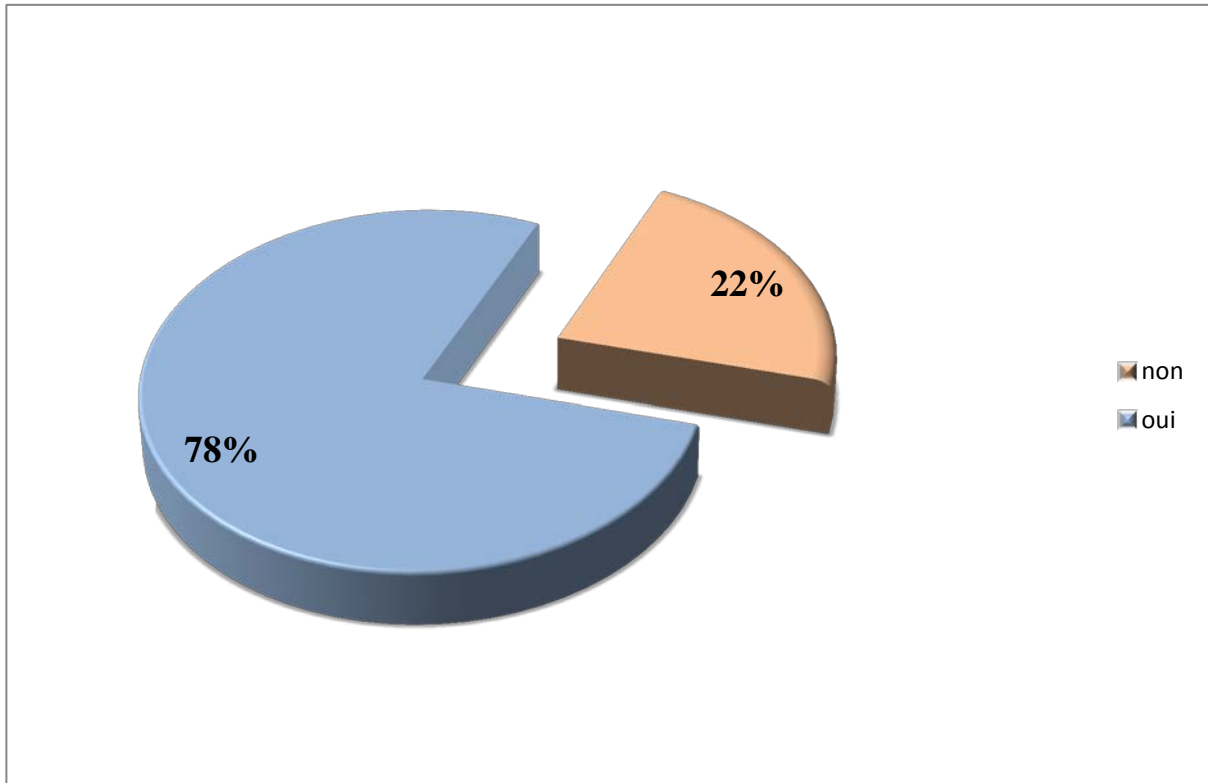


Figure 15 : La répartition des pathologies selon le pourcentage de prescription des antalgique.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Parmi les 130 patients, les antalgiques ont été très fréquemment prescrits, représentant (78%) (Figure 15).

3.6. Evolution global après le traitement

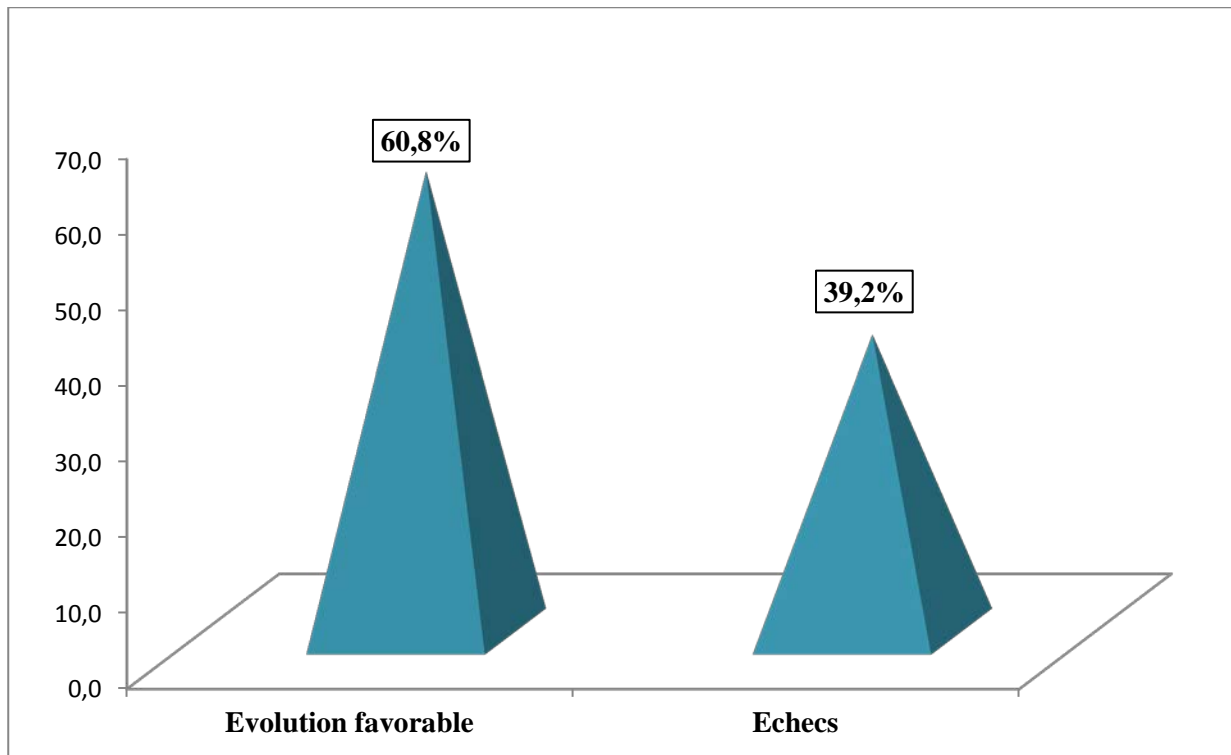


Figure 16 : La répartition des pathologies selon Evolution global après le traitement.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Sur les 130 patients suivis jusqu'à la fin du traitement, la majorité des patients ont connu une évolution favorable, soit (60%), tandis que (39%) ont subi un échec (Figure 16).

3.6.1. Les signes cliniques de l'échec

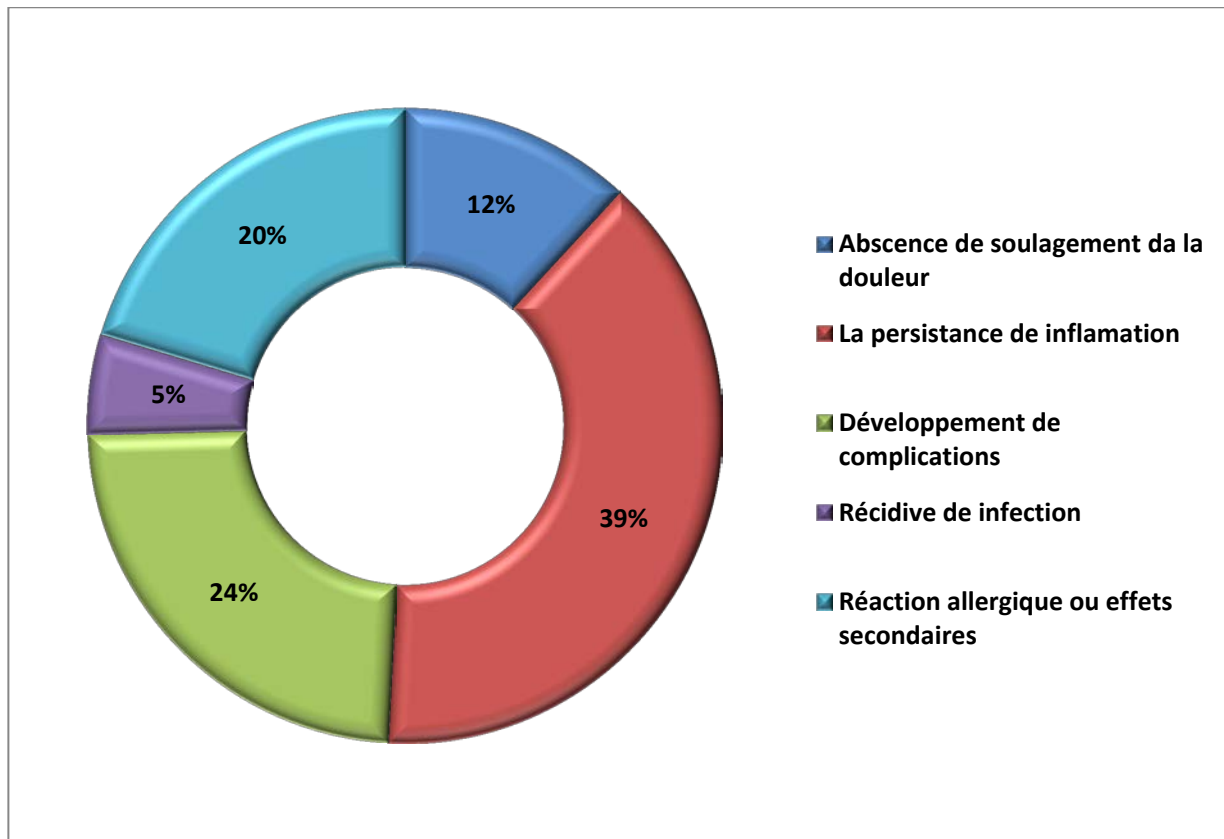


Figure 17 : La répartition des patients selon les signes cliniques d'échec.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Dans notre étude, le signe clinique d'échec le plus saillant a été la persistance de l'inflammation, observée chez (39%) des patients. Parmi eux, (24%) ont développé des complications, tandis que (20%) ont présenté des réactions allergiques et des effets secondaires. De plus, (12%) ont signalé un manque de soulagement de la douleur, la récurrence de l'infection est apparue comme le signe d'échec le moins fréquent, ne touchant que (5%) des patients (Figure 17).

3.6.2. Les facteurs associés l'échec

Tableau 4: La répartition des cas selon les facteurs cliniques d'échecs

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

	facteur propre au patient	facteur inhérent au personnel	facteurs liées à la conception des médicaments	conception technique	facteurs liées à la conception du cadre de travail	résistance au médicament
Fréquence	21	14	5	5	8	6
Pourcentage	35.6%	23.7%	8.5%	8.5%	13.6%	10.2%

Le facteur clinique de l'échec thérapeutique dans notre population d'étude a été observé à (35,6%), principalement en raison de facteurs propres aux patients, suivi par des facteurs inhérents au personnel à (23,7%). Ensuite, la résistance aux médicaments a été constatée à (10,2%). On a également constaté des faibles pourcentages concernant les facteurs liés à la conception des médicaments et à la conception technique, à (8,5%) (Tableau 4).

3.6.3. La solution proposée par le médecin traitant

Tableau 5 : Répartition des échecs selon la solution proposée par le médecin traitant.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

	Modification de la molécule prescrite	Modification des dosages avec augmentation ; diminution ou l'arrêt de médicaments	Le retraitement amélioratio n des soins ou extraction	Prescrire des calmants avec des conseils	Compléter le plan de traitement par un traitement symptomatique ou étiologique	Utilisation correcte de la posologie, le temps de prise et la durée du traitement
Fréquence	10	8	18	5	7	11
Pourcentage	16.7%	12.2%	29.8%	7.8%	11.2%	18.6%

La solution proposée par le médecin traitant après l'échec du traitement la plus marquante a été le retraitement par extraction ou soins, à (29,8%), suivi par l'utilisation correcte de la molécule et la durée du traitement, à (18,6%). En revanche, la solution moins proposée a été la prescription de calmants avec des conseils, à (7,8%) (Tableau 5).

3.7. Impasse thérapeutique :

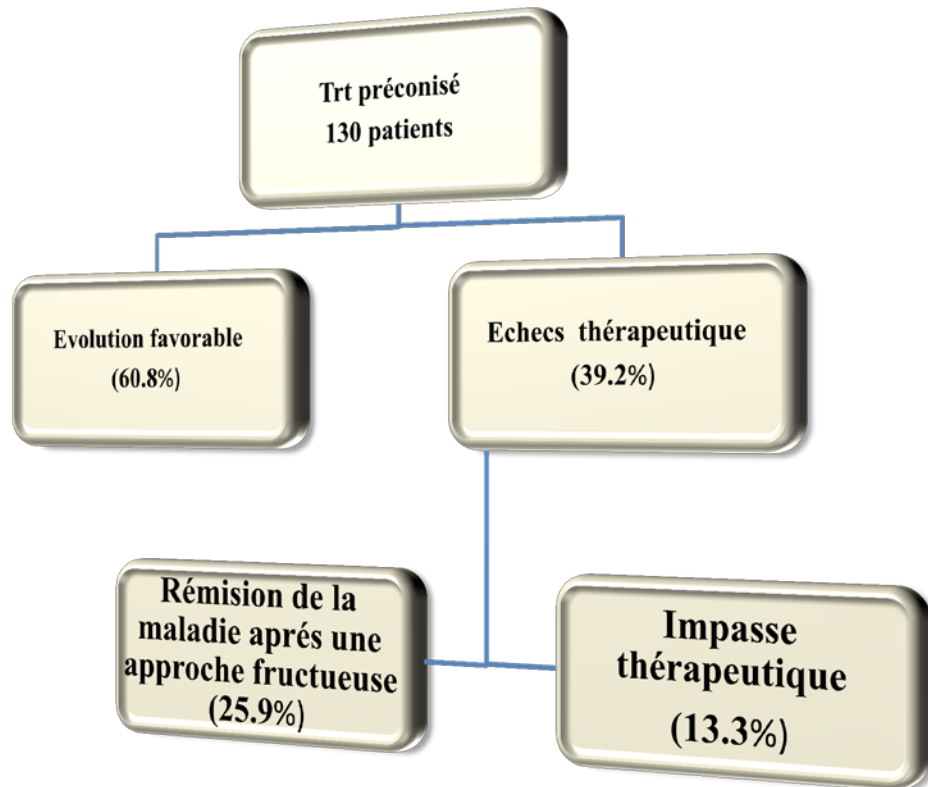


Figure 18 : La répartition selon le pourcentage des impasses thérapeutiques.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Dans le traitement préconisé pour 130 patients, la majorité a bien évolué, soit (60,8%). Cependant, (25,5%) ont rencontré un échec thérapeutique, parmi lesquels (13,3%) ont connu une rechute de la maladie après traitement et (13,3%) ont présenté une impasse thérapeutique(Figure18).

3.8. Les causes d'impasse thérapeutique

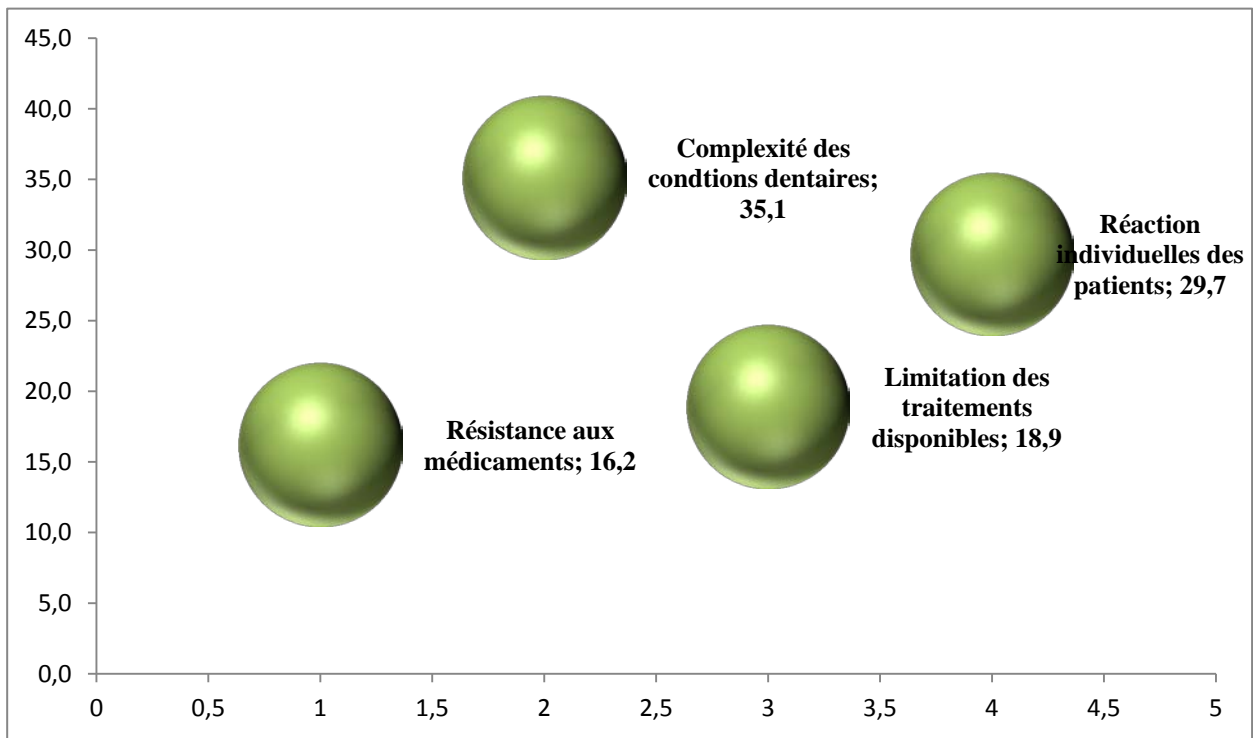


Figure 19 : La répartition selon les causes d'impasse thérapeutique.

CHU Tlemcen novembre-mars 2024

Selon les praticiens, la cause la plus fréquente d'impasse thérapeutique a été la complexité des conditions dentaires, touchant (35,1%) des cas. Ensuite, les réactions individuelles des patients ont été observées à (29,7%). On a également constaté une résistance aux médicaments à hauteur de (16,2%) et une limitation des traitements disponibles à (18,9%) (Figure 19).

Discussion :

Nous avons mené une étude descriptive prospective axée sur les échecs de traitement dentaire au sein du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen, aux services de pathologie bucco-dentaire, parodontologie et odontologie conservatrice patients durant une période de 5 mois allant du novembre 2023 à Mars2024 concernant 130 patients.

- **Le sexe**

La population d'étude est à prédominance masculine avec 52% des cas avec un ratio de 1,06, Cette tendance peut s'expliquer par le mode de vie plus actif des hommes, leurs professions à risque plus élevé, ainsi que par leur tendance à être moins attentifs à leur hygiène bucco-dentaire par rapport aux femmes. Nos résultats correspondent aux conclusions d'études antérieures menées à Savoie, en France, par POPESCU.L et ses collaborateurs en 2015, qui ont également observé une prédominance masculine de (54,1%). Des tendances similaires ont été observées dans d'autres études menées à Brest en 2007 par PREDINEHUG.F et ses collègues, ainsi qu'au CHU de Clermont-Ferrand, où (52%) des patients étaient de sexe masculin, selon une étude de 2007 menée par BALDE.S à Nancy. En revanche, une étude réalisée au Sénégal en 2006 a révélé une légère prédominance du sexe féminin, avec 53,93% des cas contre (46,7%) pour les hommes (Figure 1).

- **Age :**

La tranche d'âge la plus touchée est de (20 à 29) ans avec (26.9%) des cas, car la population algérienne est une population jeune.

Les jeunes sont plus conscients de la nécessité des consultations et des soins de leur cavité buccale (Figure 2).

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude faite au CHU Tlemcen en 2014 [102] et celle de BENZARTI en Tunisie à propos de 150 cas en 2007.

- **Le service**

Dans cette population d'étude, la forte proportion de prescriptions en service de pathologie et chirurgie buccale (55%) en raison de la nature des conditions qu'il traite. Les pathologies buccales nécessitent souvent des traitements médicamenteux spécifiques.

Les prescriptions sont moins fréquentes en service d'odontologie conservatrice endodontique, qui traite principalement les problèmes internes des dents tels que les infections pulpaires.

En parodontologie, les prescriptions sont encore moins fréquentes car elles nécessitent davantage un traitement étiologique que symptomatique (médicale) (Figure 3).

- **Etat général**

Parmi 130 sujets, 38 personnes présentent une maladie générale avec un taux (35%) par rapport à l'ensemble de la population recrutée. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients atteints de maladies chroniques sont plus conscients de leur santé et cherchent à équilibrer leurs affections en traitant toute infection dans la cavité buccale (Figure 4).

Nos résultats coïncident avec ceux obtenus dans une étude réalisée en France où les patients sans affections chroniques associées représentaient la majorité de la population qui a consulté pour une urgence bucco-dentaire (72,3 %).

Le diabète, le cancer, les troubles psychiatriques et les cardiopathies sont des affections courantes, nécessitant souvent des soins dentaires spécifiques en raison de leur impact direct sur la santé bucco-dentaire. Ces maladies peuvent entraîner des problèmes tels que des maladies de gencive, des effets secondaires buccaux liés aux traitements, et des complications dentaires. En conséquence, les patients atteints de ces affections sont fréquemment en consultation en médecine dentaire pour des soins adaptés à leur état de santé (Figure 5).

L'orientation des patients présentant des maladies générales vers notre service est fréquente en raison de la relation entre ces maladies et la cavité buccale. Telle que, les diabétiques ; les cardiopathies et personnes atteintes de maladies auto-immunes qui nécessitent une prise en charge pour maintenir la stabilité de leur maladie, de même que pour les patients atteints du cancer qui sont été orientés a notre service avant de subir une chimiothérapie ou une radiothérapie.

- **La résistance aux médicaments**

La résistance aux médicaments est un problème majeur représentant (28%) des cas (Figure 3), en raison de l'usage abusif (20%) des cas et d'usage aléatoire (16%) sans consultation médicale préalable. S'explique par un manque d'éducation sur les risques et les dangers potentiels

Cet usage abusif et aléatoire s'explique aussi par l'automédication pour un soulagement rapide de la douleur et la dépendance à certains médicaments sont également des facteurs.

Certains patients peuvent développer une dépendance physique ou psychologique à certains médicaments. De plus, pour certaines régions du monde ou pour certaines populations défavorisées, l'accès aux soins de santé peut être limité en raison des contraintes économiques, géographiques ou culturelles.

On retrouve une faible fréquence des patients développent une résistance aux médicaments, même lorsqu'ils les utilisent les médicaments de manière contrôlée. En raison de mutations génétiques des agents pathogènes et les doses insuffisantes prescrites par le médecin traitant (Figure 7).

- **La cause de la Consommation inapproprié des médicaments**

Un faible pourcentage, seulement (3%), concerne ceux qui ont une prescription abusive en raison de la fatigue, du stress et de la distraction des praticiens, ainsi que du manque d'expérience où ils peuvent se tromper sans s'en rendre compte (**Annexe 2**).

Des erreurs de prise de médicaments (42%) sont dues à la complexité des schémas posologiques, et à la compréhension limitée des étiquettes des médicaments et des conseils médicaux.

La confusion entre les médicaments pour les personnes âgées ; dans (18%) des cas, cela s'explique par la combinaison entre les médicaments et l'absence de soutien familial, qui assure une prise de médicaments adéquate.

Une autre catégorie de patients résistants aux médicaments concerne les malades souffrant de dépendance ou de dépression, due à leur état psychique et à leur besoin de prendre n'importe quel médicament (Figure 8).

- **Motif de consultation**

La douleur est en effet le motif de consultation prédominant, représentant (71.5%) des cas, en raison de son impact immédiat sur le bien-être des individus. Elle incite les patients à rechercher rapidement un soulagement de la douleur. En revanche, les préoccupations esthétiques, sont

souvent considérées comme moins urgentes et peuvent être reportées pour des consultations ultérieures (Figure 9).

Ce qui corrobore les résultats obtenus au service des urgences Odontologique de CHU de Dijon après une évaluation de 12 mois d'activités ainsi une et celle réalisée par Tempelhof. Cen 1993

- **Diagnostic**

La pulpite, la parodontite et les abcès dentaires sont les plus diagnostiqués et rencontrés, cela est principalement dû à une mauvaise hygiène bucco-dentaire ou à la négligence des patients face aux premiers signes de carie, ne consultant un dentiste qu'en cas d'urgence.

Les cellulites cervico-faciales sont également fréquentes, représentant (10.8%) de l'ensemble des pathologies. qui est relativement proche de ceux présentés par une étude réalisée en Guinée (13.8%). Cette fréquence semble être due à une diminution de la défense immunitaire provoquée par une automédication abusive à base d'anti-inflammatoires, ainsi qu'à une mauvaise utilisation des antibiotiques.

DAM est observé plus fréquemment chez les jeunes adultes. Cette prédominance dans cette tranche d'âge peut être attribuée à un mode de vie plus stressant à cet âge (Figure 10).

- **Plan de traitement**

Le traitement étiologique et symptomatique est observé comme étant plus fréquent. Cela s'explique par la nature des diagnostics les plus courants, notamment la cellulite, les abcès et la parodontite, qui nécessitent des actes invasifs suivis d'une prescription médicamenteuse. En revanche, le traitement symptomatique est rare, car la plupart des pathologies dentaires nécessitent des procédures plus profondes telles que les soins, le détartrage, le drainage et d'autres actes chirurgicaux (Figure 11).

- **Les antibiotiques**

La prescription d'antibiotiques est largement dominante chez les dentistes (81 %), vise à traiter les infections dentaires, à prévenir les infections post-opératoires pour une guérison plus rapide, à traiter les problèmes de gencives et à atténuer l'inconfort lié à certaines affections dentaires. Cette démarche vise à éliminer les bactéries responsables des infections et à réduire le risque d'infections post-opératoire.

L'amoxicilline est fréquemment prescrite (43%) en raison de son large spectre d'action, efficace contre de nombreuses bactéries telles que les streptocoques et les anaérobies qui sont sensibles à ce médicament. Sa bonne absorption permet d'atteindre rapidement le site de l'infection. En raison de sa disponibilité et de son coût abordable, elle représente un choix pratique pour de nombreux dentistes et patients.

L'utilisation de l'amoxicilline combinée au métronidazole en deuxième intention est justifiée par son élargissement du spectre d'action, permettant de couvrir un éventail plus large de bactéries, son action synergique qui renforce l'efficacité du traitement et réduit le risque de résistance. Cette combinaison est réservée aux infections dentaires complexes où une couverture antibiotique est nécessaire pour prévenir les complications et garantir une meilleure efficacité du traitement à long terme (Figure 12).

- **Les anti-inflammatoires**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont moins prescrits, car les médecins préfèrent souvent traiter directement la cause sous-jacente de la douleur plutôt que de limiter les symptômes avec des AINS. Leurs effets secondaires potentiels, tels que les ulcères gastro-intestinaux, les saignements et les problèmes rénaux, sont particulièrement préoccupants lorsqu'ils sont pris à long terme ou à fortes doses, tout comme leurs interactions médicamenteuses. Ces complications peuvent être aggravées si les patients prennent déjà des anticoagulants ou des antiplaquettaires. De plus, l'utilisation d'AINS peut être contre-indiquée en cas d'infection purulente, car elle peut exacerber l'infection.

Le Diclofénac est largement utilisé en médecine dentaire en raison de son efficacité rapide contre la douleur et l'inflammation.

L'ibuprofène, également bien toléré par la plupart des patients, présente un faible risque d'effets secondaires graves lorsqu'il est utilisé à des doses appropriées et pour une durée limitée, et sa disponibilité sans ordonnance facilite son accès (Figure 13).

- **Les Corticoïdes**

Les corticoïdes sont rarement utilisés, seulement dans les chirurgies et certains cas de cellulite et DAM etc. en raison de leurs effets secondaires potentiels lorsqu'ils sont utilisés à long terme, tels que la suppression du système immunitaire, l'ostéoporose, l'élévation de la pression artérielle et la prise de poids. Leur efficacité est limitée pour soulager la douleur dentaire car ils agissent

plus lentement et ne ciblent pas directement l'inflammation. Ils peuvent ralentir le processus de cicatrisation, ce qui est problématique dans les interventions chirurgicales dentaires.

Le Méthylprednisolone est souvent privilégié en dentisterie car il peut être administré par voie intraveineuse, ce qui favorise une absorption rapide et complète du médicament dans le système circulatoire (Figure 14).

- **Les antalgiques**

La consommation de paracétamol est fréquente, en dentisterie (78%), s'explique par son efficacité pour soulager la douleur en bloquant la production de substances chimiques responsables de la transmission des signaux de douleur dans le cerveau. C'est un analgésique efficace et antipyrétique, ce qui signifie qu'il peut aider à abaisser la fièvre associée à certaines infections dentaires (Figure 15).

- **Évolution après le traitement**

Une évolution favorable chez plus de la moitié des patients (60.8%) est due à un traitement efficace, des soins de qualité et une bonne observance des patients (Figure 16).

- **Les signes cliniques de l'échec**

Les signes d'échec d'un médicament peuvent varier en fonction du type de médicament et de la condition traitée. Cependant, parmi les plus remarquables, on trouve la persistance de l'inflammation (39%). Cela peut indiquer que le traitement n'est pas assez puissant pour contrôler l'inflammation ou qu'il ne cible pas efficacement la cause sous-jacente. Parfois, les bactéries ou les cellules responsables de l'inflammation deviennent résistantes au médicament.

Un autre signe clinique est le développement de complications, présent dans (24%) de tous les échecs, se produisant lors d'une réponse insuffisante au traitement initial, ou en raison d'autres problèmes de santé qui surviennent après ou pendant le traitement médicamenteux.

La réaction allergique aux médicaments survient chez environ (20%) des patients, principalement en raison de l'interrogatoire insuffisant réalisé par les dentistes ou du fait que les patients ne déclarent pas ou ne sont pas conscients de leurs allergies à certains médicaments (Figure 17).

- **Les facteurs de l'échec selon les praticiens**

Parmi les facteurs liés à l'échec, on trouve fréquemment des facteurs propres au patient, car il ne prend pas les médicaments de manière adéquate, ne respectant ni la durée, ni la posologie, ni le moment de la prise, surtout dans le cas des maladies chroniques, mentales et chez les patients âgés. De plus, certains patients interrompent la prise de leurs médicaments dès que la douleur diminue, compromettant ainsi l'efficacité du traitement.

Les facteurs personnels, notamment les erreurs iatrogènes dans le diagnostic, la rédaction des ordonnances, et l'établissement de plan de traitement.

La résistance aux médicaments est un facteur qui contribue à nos échecs. Cela semble être dû à une diminution de la défense immunitaire causée par un abus d'automédication à base d'anti-inflammatoires. De plus, l'utilisation inappropriée des antibiotiques entraîne une augmentation de la résistance et de la virulence des germes (Tableau 4).

- **Les solutions proposées par les praticiens devant échecs**

Face à l'échec, le médecin dentiste propose différentes solutions pour divers problèmes dentaires. La solution la plus fréquente, représentant (29%) des cas, est le retraitement. Cela implique d'améliorer les soins, car des soins mal réalisés peuvent causer des douleurs intenses qui ne s'améliorent pas avec le traitement médicamenteux.

Dans certains cas, l'extraction de la dent est nécessaire, notamment si elle est déjà fracturée ou si le patient refuse un nouveau traitement en raison de la peur de la douleur ou d'une mauvaise expérience antérieure.

Une autre solution, proposée dans (18%) des cas, est d'insister auprès des patients pour qu'ils respectent le temps et la durée de prise des médicaments. Il arrive souvent que les patients prennent leurs médicaments de manière irrégulière, sans suivre les recommandations du dentiste. Dans ces situations, il peut être nécessaire de changer de molécule médicamenteuse en raison d'une résistance, principalement à l'amoxicilline, un médicament couramment prescrit. Cette résistance peut se développer en raison d'une utilisation excessive du médicament par le patient (Tableau 5).

- **La fréquence de l'impasse thérapeutique**

Impasse thérapeutique représente (13 %) de tous les échecs et désigne les cas où la maladie ne régresse pas après la prise en charge, ou lorsque les médicaments administrés ne parviennent pas

à contrôler efficacement une maladie ou une condition médicale. On observe cela notamment dans certains cas de DAM ou de parodontite chronique avancée, ainsi que dans certains cas de dents délabrées ou mal soignées (Figure 18).

- **Les causes de l'impasse thérapeutique**

Les causes d'impasse sont concentrées sur complexité des conditions dentaires, touchant (35,1%) des cas. Cette complexité est aggravée par les difficultés visuelles rencontrées par certains patients, et les difficultés anatomiques ce qui peut entraîner des erreurs de traitement.

Les réactions individuelles des patients ont été observées dans (29,7 %) des cas et diffèrent en fonction de leur sensibilité personnelle, de leurs éventuelles allergies et de les particularités physiologiques ou des patients réagissent de manière plus sensible à certains matériaux dentaires que d'autres.

Enfin, Une limitation des traitements disponibles est présente dans (18,9 %) des cas, en raison de l'absence de moyens financiers pour accéder aux soins dentaires (Figure 19).

Conclusion

La conclusion

Les échecs thérapeutiques en médecine dentaire, qu'ils résultent de la prescription abusive de médicaments ou de l'impasse thérapeutique, représentent des défis complexes qui nécessitent une approche proactive et multidisciplinaire. Ces échecs peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé bucco-dentaire des patients et leur qualité de vie, mettant en lumière l'importance cruciale d'une gestion réfléchie et stratégique de ces situations.

La prescription abusive de médicaments, telle que celle des antibiotiques et des anti-inflammatoires, peut entraîner des conséquences graves telles que le développement de résistances et d'effets secondaires indésirables chez les patients. Parallèlement, l'impasse thérapeutique, résultant de facteurs tels que des erreurs de diagnostic, une mauvaise compliance du patient ou des complications imprévues pendant le traitement, peut compromettre le succès des interventions et la santé globale du patient.

Face à ces défis, les praticiens doivent adopter une approche réfléchie et stratégique, en évaluant minutieusement chaque cas et en favorisant une prescription judicieuse de médicaments. De plus, une communication ouverte et transparente avec les patients, ainsi qu'une collaboration étroite avec d'autres professionnels de la santé, sont essentielles pour garantir des résultats optimaux.

En fournissant un soutien continu aux patients et en recherchant des solutions innovantes pour surmonter les obstacles thérapeutiques, les praticiens peuvent contribuer de manière significative à améliorer la santé bucco-dentaire et le bien-être de leurs patients. En mettant l'accent sur la prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge intégrée des affections dentaires, ils peuvent jouer un rôle essentiel dans la promotion d'une meilleure santé bucco-dentaire au sein de la population.

La gestion des impasses thérapeutiques en médecine dentaire est un élément essentiel pour assurer des soins dentaires optimaux et répondre aux besoins complexes des patients. En agissant de manière collective et proactive, nous pouvons relever ce défi et garantir des soins dentaires de qualité supérieure pour tous.

*Références
Bibliographiques*

1. « Prescription médicamenteuse en pathologie et chirurgie bucco-dentaire : «la prescription des antibiotiques» | Dossiers du mois ». Consulté le: 8 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/prescription-medicamenteuse-en-pathologie-et-chirurgie-bucco-dentaire-lla-prescription-des-antibiotiquesr.html>
2. Courrier B. Les prescriptions médicamenteuses en odontologie pédiatrique: recommandations actuelles.
3. Les Antibiotique en Odontostomatologie | PDF | Infection | Risque [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/doc/13478978/les-antibiotique-en-odontostomatologie>
4. Inserm [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Résistance aux antibiotiques · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/resistance-antibiotiques/>
5. Le courrier du dentiste [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Prescription médicamenteuse en pathologie et chirurgie bucco-dentaire : «la prescription des antibiotiques» | Dossiers du mois. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/prescription-medicamenteuse-en-pathologie-et-chirurgie-bucco-dentaire-lla-prescription-des-antibiotiquesr.html>
6. Les Antibiotique en Odontostomatologie | PDF | Infection | Risque [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/doc/13478978/les-antibiotique-en-odontostomatologie>
7. À propos de la résistance aux antibiotiques - Canada.ca [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/resistance-aux-antibiotiques-antimicrobiens/propos-resistance-aux-antibiotiques.html>
8. Simain F, Rompen E, Heinen E. biofilms bactériens et médecine dentaire. Rev Med Liège.
9. Pierre C. Les règles de prescription des antibiotiques en chirurgie orale.
10. Martin EC. Planet-Vie. 2019 [cité 29 mars 2024]. La résistance aux antibiotiques. Disponible sur: <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/microbiologie/bacteriologie/la-resistance-aux-antibiotiques>
11. Mainardi JL. Mécanismes d'action et de résistance aux antibiotiques/ Session interactive autour de l'antibiogramme.
12. Lesclous P. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire: Recommandations Afssaps 2011. Med Buccale Chir Buccale. nov 2011;17(4):334-46.
13. Lemaoui CE, Layaida H, Badi A, Foudi N. Stratégies actuelles de lutte contre la résistance aux antibiotiques. Journal des Anti-infectieux. 1 mars 2017;19(1):12-9.
14. Landecker H. La résistance aux antibiotiques et la biologie de l'Histoire. Revue d'anthropologie des connaissances [Internet]. 1 sept 2021 [cité 29 mars 2024];15(3). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rac/22123>
15. Carle S. La résistance aux antibiotiques : un enjeu de santé publique important ! 2010;42.
16. Afssaps. Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie. Med Buccale Chir Buccale. 2003;9(1):49-55.

17. Scribd [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Les Corticoïdes en Chirurgie Orale | PDF | Glucocorticoïde | Prostaglandine. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/356562949/Les-Corticoïdes-en-Chirurgie-Orale-1>
18. Les anti-inflammatoires en odonto-stomatologie - ResiDentaire™ | Plateforme de QCM Médecine Dentaire [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: https://residentaire.com/les-prescriptions-en-odonto-stomatologie-les-anti-inflammatoires/?fbclid=IwAR1NgHVUq2fV9OiS33nrueC6pnFYvIScF8e0ta3MbMkUBSvEtnf-a2jzm_o_aem_AffmMP6SOfKpu1zP5rcLIFv3tJlrGhzX34YVvk71LDXnMVWmHiQOrlYoKCS5O27B8CiI2HwUuavmUleLBkKuZyG8F
19. Dentibiotic : L'antibiothérapie pour les chirurgiens-dentistes ! [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://dentibiotic.fr>
20. Cours des anti inflammatoires odontostomatologie | PPT [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/slideshow/cours-ales-anti-inflammatoires-odontostomatologie/66866321>
21. Théron-d'Angelo C. Adaptation des prescriptions en Odonto-stomatologie chez le sujet sain et à risque.
22. Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. *Med Buccale Chir Buccale*. 2009;15:S3-5.
23. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. *Med Buccale Chir Buccale*. août 2012;18(3):251-314.
24. Louis M. Gestion et utilisation des anti-inflammatoires en odontologie.
25. Azoulay A. Principes et méthode de la synthèse clinique et thérapeutique.
26. Andem, recommandations et références dentaires avril 1996 Paris
27. Danan Marc, Fontanel Françoise, Brion Monique. Parodontites sévères et orthodontie - 2004 – Orthodontics
28. L'Information Dentaire [Internet]. 2023 [cité 30 mars 2024]. Nouvelle hausse des prescriptions d'antibiotiques en dentaire. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/nounouvelle-hausse-des-prescriptions-d-antibiotiques-en-dentaire-en-2022/>
29. Les antibiotiques en médecine dentaire et résistance aux antibiotiques | PPT [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://fr.slideshare.net/TaoufikDjrboua/les-antibiotiques-en-medecine-dentaire-et-rsistance-aux-antibiotiques?fbclid=IwAR25TUsHLkgFz9Fz--HMUEEjiiMcfUkIeP8axXfZ-iAD15ZoSEg6njB40Nc_aem_ActSF0INqBMnUgWNo-Cyuy3v16elsadW7DMt_msBDFehNBC_qnJWYTzoo2jOrn7JW6L5o2se8IP-Fmn8JLUdKRdO
30. AFSSAPS : Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Clinic n° 01 du 01/01/2012 [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.editionsmdp.fr/revues/clinic/article/n-33-01/afssaps-prescription-des-antibiotiques-en-pratique-bucco-dentaire-CLI1330103501.html>

31. Santamaria J. L'Information Dentaire. 2019 [cité 30 mars 2024]. Les prescriptions antibiotiques en OCE. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/les-prescriptions-antibiotiques-en-oce/>
32. BENICHOUB DB. Les prescriptions médicamenteuses □ Dr Bernard BENICHOUB □ PARIS [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://dr-benichou-bernard.chirurgiens-dentistes.fr/informations-patients/soins-cabinet-dentaire/prescriptions-medicamenteuses-paris/>
33. Masson E. EM-Consulte. [cité 30 mars 2024]. Antibiotiques en médecine buccale. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/251426/antibiotiques-en-medecine-buccale>
34. Dentalespace [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Accueil. Disponible sur: <https://www.dentalespace.com/patient/>
35. urps_adm_cd651418. Dentibiotic : outil rapide d'aide à la prescription d'antibiotiques [Internet]. URPS des Chirurgiens Dentistes de Bourgogne Franche-Comté. 2021 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.urps-chirident-bfc.org/dentibiotic-outil-rapide-daide-a-la-prescription-dantibiotiques-pour-le-chirurgien-dentiste/>
36. Thompson W, Williams D, Pulcini C, Sanderson S, Calfon P, Verma M. Le rôle essentiel de l'équipe dentaire dans la réduction de l'antibiorésistance.
37. Santamaria J. L'Information Dentaire. 2019 [cité 30 mars 2024]. Les prescriptions antibiotiques en OCE. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/les-prescriptions-antibiotiques-en-oce/>
38. Abscess, infection : quels antibiotiques pour les dents ? | Santé Magazine [Internet]. 2023 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santemagazine.fr/sante/sante-bucco-dentaire/soins-dentaires/soins-dentaires-faut-il-prendre-des-antibiotiques-880352>
39. SlideShare [Internet]. 2017 [cité 30 mars 2024]. Prescription medicamenteuse en odonto stomatologie. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/rikaduos/prescription-medicamenteuse-en-odonto-stomatologie>
40. <https://www.dentaire365.fr/> [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Dentaire365 - Prescription d'antibiotiques par le dentiste : les bons réflexes. Disponible sur: <https://www.dentaire365.fr/a-decouvrir/prescription-dantibiotiques-par-le-dentiste-les-bons-reflexes-2/>
41. Gersema L & Baker K. Use of Corticosteroids in Oral Surgery. *J Oral Maxillofac Surg*; 1992;50 :270-277.
42. Souaga K, Adou A, Amantchi D, Angoh Y. PLAIDOYER POUR UNE UTILISATION RAISONNEE DES ANTI-INFLAMMATOIRES EN ODONTO-STOMATOLOGIE.
43. Masson E. EM-Consulte. [cité 30 mars 2024]. Médicaments de l'inflammation. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/30318/medicaments-de-l-inflammation>
44. Osunde OD, Saheeb BD. Effect of age, sex and level of surgical difficulty on inflammatory complications after third molar surgery. *J Maxillofac Oral Surg*. mars 2015;14(1):7-12.

45. Ngeow WC, Lim D. Do Corticosteroids Still Have a Role in the Management of Third Molar Surgery? *Adv Ther.* 1 juill 2016;33(7):1105-39.
46. Gersema L, Baker K. Use of corticosteroids in oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* mars 1992;50(3):270-7.
47. Louis M. Gestion et utilisation des anti-inflammatoires en odontologie [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2010 [cité 30 mars 2024]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738946>
48. Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant - Anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-29-0.php>
49. Sarah A, Rima A, Khedoudja B, Lysa T. APPORT DES ANTI-INFLAMMATOIRES EN CHIRURGIE BUCCALE.
50. Souaga K, Adou A, Amantchi D, Angoh Y. PLAIDOYER POUR UNE UTILISATION RAISONNÉE DES ANTI-INFLAMMATOIRES EN ODONTO-STOMATOLOGIE.
51. Scribd [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Les Corticoïdes en Chirurgie Orale | PDF | Glucocorticoïde | Prostaglandine. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/356562949/Les-Corticoïdes-en-Chirurgie-Orale-1>
52. Benjelloun L, Chami B, Wady WE. Utilisation péri-opératoire des corticoïdes en chirurgie buccale. *Actual Odonto-Stomatol.* 1 avr 2015;(271):30-6.
53. Mise au point sur l'utilisation des AINS en médecine et chirurgie bucco-dentaire - Clinic n° 08 du 01/09/2012 [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.editionsmdp.fr/revues/clinic/article/n-33-09/mise-au-point-sur-l-utilisation-des-ains-en-medecine-et-chirurgie-bucco-dentaire-CLI1330942101.html>
54. Bussiere B. Impacts des corticoïdes inhalés à forte dose sur la cavité buccale.
55. ODQ [Internet]. [cité 30 mars 2024]. La médication (Prévention et hygiène). Disponible sur: <https://www.maboucheensante.com/article/la-medication/>
56. Antibiotic Prophylaxis [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/antibiotic-prophylaxis>
57. Maestre Vera JR, Gómez-Lus Centelles ML. Antimicrobial prophylaxis in oral surgery and dental procedures. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet).* janv 2007;12(1):44-52.
58. Ramu C, Padmanabhan T. Indications of antibiotic prophylaxis in dental practice-Review. *Asian Pac J Trop Biomed.* sept 2012;2(9):749-54.
59. Hollingshead CM, Brizuela M. Antibiotic Prophylaxis in Dental and Oral Surgery Practice. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587360/>
60. Alexa. Cellulitis [Internet]. *Gulf Coast Endodontics.* 2016 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.gcendo.com/glossary/cellulitis/>
61. Masson E. EM-Consulte. [cité 30 mars 2024]. L'impasse thérapeutique en questions. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1414358/l-impasse-therapeutique-en-questions>

62. Utilisation abusive de médicaments d'ordonnance chez les aînés – 811.novascotia.ca [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://811.novascotia.ca/health_topics/utilisation-abusive-de-medicaments-dordonnance-chez-les-aines/?lang=fr
63. Abus de substances - Causes, Symptômes, Traitement, Diagnostic - salutbonjour.ca [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://ressourcessante.salutbonjour.ca/condition/getcondition/abus-de-substances>
64. Ordomec [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Usages et abus de médicaments. Disponible sur: <https://ordomec.be/fr/avis/pharmacologie/medicaments/usages-et-abus-de-medicaments>
65. Abus de médicament : définition, symptômes, conséquences [Internet]. 2021 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-medicaments/2739875-abus-de-medicament-symptomes-consequences-definition-dangers-cephalee/>
66. Les médicaments à risque de mauvais usage et de dépendance - Carenity [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://www.carenity.com/infos-maladie/magazine/actualites/les-medicaments-a-risque-de-mauvais-usage-et-de-dependance-2530?%3Btrk=organization_guest_main-feed-card_feed-article-content18.172.170.618%2F4%2F2023%2B7%3A57%3A57%2BAM&0=organization_uest_main-feed-card_feed-article-content18.172.170.618%2F4%2F2023%2B7%3A57%3A57%2BAM
67. Utilisation abusive de médicaments d'ordonnance chez les aînés – 811.novascotia.ca [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://811.novascotia.ca/health_topics/utilisation-abusive-de-medicaments-dordonnance-chez-les-aines/?lang=fr
68. Ben Yahya I. Thérapeutiques anti-infectieuses : antibiotiques, antifongiques, antiviraux. EMC Médecine buccale. 2011 ; 7(1) : 1-11. [Article 28-190-V-10].
69. Avcu G, Belet N, Karli A, Sensoy G. Acute suppurative parotitis in a 33-day-old patient. J Trop Pediatr. 2015; 61(3): 218-21.
70. AFFAIRS ACOS. Combating antibiotic resistance. J Am Dent Assoc. 2004; 135(4): 484-487.
71. Tong DC, Rothwell BR. Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendations. J Am Dent Assoc. 2000; 131(3): 366-74.
72. Stuck AE, Minder CE, Frey FJ. Risk of infectious complications in patients taking glucocorticosteroids. Rev Infect Dis. 1989; 11(6): 954-63.
73. Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale. Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. Med Buccale Chir Buccale. 2009 ; 14(1) : S3-5.
74. Serra E, Paolantonio M, Spoto G, Mastrangelo F, Tetè S, Dolci M. Bevacizumab-related osteonecrosis of the jaw. Int J Immunopathol Pharmacol. 2009; 22(4): 1121-3.
75. Schlund M, Raoul G, Ferri J, Nicot R. Mandibular Osteomyelitis Following Implant Placement. J Oral Maxillofac Surg. 2017; S02778-2391(17)31011-X.
76. Schaudel F, Lutz J-C. Accidents d'évolution des dents de sagesse. EMC Médecine buccale. 2013 ; 8(4) : 1-10. [Article 28-270-M-10].

77. van de Sande-Bruinsma N, Grundmann H, Verloo D, Tiemersma E, Monen J, Goossens H, et al. Antimicrobial Drug Use and Resistance in Europe. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14(11): 1722-30.
78. Saint-Eve L. Antibiothérapie et traumatologie dentaire. [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine, Faculté d'odontologie ; 2016. 62p.
79. Roche Y. Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne: identification des patients : évaluation des risques : prise en charge, prévention et précautions. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010. xxi-722p.
80. Arteagoitia M, Barbier L, Santamaria J, Santamaria G, Ramos E. Efficacy of amoxicillin and amoxicillin/clavulanic acid in the prevention of infection and dry socket after third molar extraction. A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016; 21(4): 494-504.
81. Brunato D. Les cellulites d'origine dentaire : classification, étiologie, bactériologie et traitement, illustrations cliniques [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Henry Poincaré Nancy I. Faculté de chirurgie dentaire ; 2005. 145p.
82. Matthieu G. DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE. 1988;
83. Anti inflammatoire - Anti-inflammatoires en odontostomatologie: avantages et inconvénients des AINS - Studocu [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.studocu.com/row/document/universite-abou-bekr-belkaid-tlemcen/pathologie-dentaire/anti-inflammatoire/74559840>
84. santé log [Internet]. 2023 [cité 31 mars 2024]. AINS et risque d'hypominéralisation dentaire. Disponible sur: <https://www.santelog.com/actualites/ains-et-risque-dhypomineralisation-dentaire>
85. Hygiene GM&. Automédication: les risques sous-estimés des anti-douleurs - Planete sante. [cité 31 mars 2024]. Automédication: les risques sous-estimés des anti-douleurs. Disponible sur: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Medicaments-examens-et-traitements/Automedication/Automedication-les-risques-sous-estimes-des-anti-douleurs>
86. Hygiene GM&. Paracétamol, ibuprofène, aspirine, etc.: comment les utiliser sans risque? - Planete sante. [cité 31 mars 2024]. Paracétamol, ibuprofène, aspirine, etc.: comment les utiliser sans risque? Disponible sur: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Medicaments-examens-et-traitements/Automedication/Paracetamol-ibuprofene-aspirine-etc.-comment-les-utiliser-sans-risque>
87. PagesJaunes.fr [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Effets secondaires des antibiotiques - PagesJaunes. Disponible sur: <https://medicament.ooreka.fr>
88. L'antibiotique amoxicilline : indications, conseils, antibiorésistance. [Internet]. 2019 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/antibioma-lin-pour-savoir-comment-bien-utiliser-les-antibiotiques/amoxicilline>
89. VIDAL [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Que faire en cas d'effet indésirable ? Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/antibiotiques/effets-indesirables/que-faire.html>
90. Franceinfo [Internet]. 2015 [cité 31 mars 2024]. Antibiotiques : attention aux effets secondaires des quinolones. Disponible sur:

https://www.francetvinfo.fr/sante/medicament/antibiotiques-attention-aux-effets-secondaires-des-quinolones_1131245.html

91. F Z. Qare. [cité 31 mars 2024]. Abcès dentaire et antibiotique : quel traitement pour les dents ? Disponible sur: <https://www.qare.fr/sante/abces-dentaire/antibiotique/>

92. Les effets des antibiotiques sur des douleurs dentaires provoquées par une inflammation ou une infection de la racine de la dent chez l'adulte [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD010136/ORAL_les-effets-des-antibiotiques-sur-des-douleurs-dentaires-provoquees-par-une-inflammation-ou-une

93. Doctissimo. Doctissimo. 2022 [cité 31 mars 2024]. Les antibiotiques : définition, indications et durée. Disponible sur: https://www.doctissimo.fr/html/medicaments/articles/sa_4085_antibiotiques.htm?fbclid=IwAR0RSzw-OygKcItDpBCbrNSixNvNzRP28tXzqSdOayEFWyUW7N8iDgv-gMY_aem_ATZyZwI2ZZpuHURMZw3uhrLnfX3VCPDxnYEC2oTs7hNyW8xGQI3XOQK_O36absbo8LNF60ukhIg5Ln5PJ5J9dNWA

94. Proxim [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Antibiotiques. Disponible sur: <https://www.groupeproxim.ca/fr/article/sante/antibiotiques>

95. Notice patient - AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg, comprimé pelliculé (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1) - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63565244&typedoc=N&fbclid=IwAR1m4ln_iNePBX5nqnDSPFO0SYX9OPhxaV3Xigytit4YRUwlWr0czVJf_TM_aem_ATbT5Chq79-3lcIXQKOjxZzgUMSC_H4DUTS0wgNKrpjIUSTXaFyNL14kfAhu_uumKNFqd8kjr9imAtq7udRSLLM

96. Traitement antibiotique : mode d'emploi pour bien les utiliser | Santé Magazine [Internet]. 2023 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santemagazine.fr/traitement/medicaments/antibiotiques/antibiotiques-mode-demploi-pour-bien-les-utiliser-171440>

97. *Antibiotiques : Les points essentiels [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antibiotiques-les-points-essentiels?fbclid=IwAR0VeeTPVK0UQQvj6dwcsMBVvP8OA6uVktMhS_w7Di2PXynVrpi5m-Jmsbk_aem_ATZHsW1Rqd76psgZ5k07m5TBxBzv3rMr1-TR8lAR3pC17XBscodD7e6-NcVuYxSrSwf99s1S4mxBJ3pzaVxZEjE0

98. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C [Internet]. 2023 [cité 31 mars 2024]. Gérer les effets secondaires. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/a-practical-guide-to-hiv-drug-side-effects/gerer-les-effets-secondaires>

99. Détails d'une brève - CRPV [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: https://www.pharmacovigilance-iledefrance.fr/d%C3%A9tails-dune-br%C3%A8ve/Vers-un-meilleur-usage-des-antibiotiques?fbclid=IwAR2f2GI2UuVppqRnnQlkoMeei0yKfNLktSd_4sSZmDbV7j9tnBHZZWJRmFE_aem_ATZrb8RJNGe7NRGo5zLs4csXOdx6isWwHB0CFvsP0Yaxu8-qOz9o_XYRvTKIGqHzuOHQ-abd02Mz1xDGYVH75aX0

100. Association dentaire canadienne [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: https://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/talk/antibiotics/?fbclid=IwAR2iH-S7M65h3kjLzCDGI7g8iocHIezij95sbtbwMCGjZDs5fQboLuMoxOo_aem_ATaMrAkeiLkjR7zkiGdcNEi9Bi-ZQKJbIHprFGtSLvc16bKd1eVEcwpI_qzZB11ICO7arA9ankxwK5BqALU-bWPL
101. Bourguignon C. L'Information Dentaire. 2019 [cité 31 mars 2024]. Us et abus des antibiotiques en endodontie (2/3). Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/us-et-abus-des-antibiotiques-en-endodontie-2-3/>
102. Contribution antibiorésistance - 2021.06.05. 1961;
103. Dillenseger M. Mésusage des antibiotiques en odontologie: étude auprès des praticiens du département de la Haute-Vienne.
104. Antibiorésistance [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/comprendre-les-differents-medicaments/antibioresistance>
105. Petrulacci-Stephanopoli M. Place de l'odontologie dans la lutte contre l'antibiorésistance.
106. SlideShare [Internet]. 2017 [cité 30 mars 2024]. Les antibiotiques en medecine dentaire et résistance aux antibiotiques. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/TaoufikDjrboua/les-antibiotiques-en-medecine-dentaire-et-rsistance-aux-antibiotiques>
107. Institut Pasteur [Internet]. 2017 [cité 30 mars 2024]. Résistance aux antibiotiques. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/resistance-aux-antibiotiques>
108. dummy csv. CBIP. 2023 [cité 30 mars 2024]. Antibio prophylaxie de l'endocardite en cas d'intervention dentaire : nouvelles données. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/antibio prophylaxie-de-lendocardite-en-cas-dintervention-dentaire-nouvelles-donnees/>
109. Petrulacci-Stephanopoli M. Place de l'odontologie dans la lutte contre l'antibiorésistance.
110. Sekhsokh MY. Professeur de Microbiologie.
111. Sheppard D. Antibiothérapie de courte durée : la prochaine frontière dans l'intendance des antimicrobiens. *RMTC*. 14 déc 2022;48(11/12):545-50.
112. Kaboré WAD, Ouédraogo CDW, Konaté A, Traoré RG, Chevalier V, Boisramé S, et al. Automédication au cours des affections bucco-dentaires à Ouagadougou, Burkina Faso. *Med Buccale Chir Buccale*. 1 déc 2016;22(4):277-8
113. Diop M, Diop A, Dieng A, Dieng SN, Faye B, Kanouté A, et al. PROVENANCE DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS REÇUES DANS LES OFFICINES DE PHARMACIE DU DÉPARTEMENT DE DAKAR. *Dakar Medical* [Internet]. 11 déc 2023 [cité 30 mars 2024];67(1). Disponible sur: <http://dakarmedical.org/dkmed/index.php/dakarmed/article/view/37>
114. Siano H, Lefèvre B, Rinkenbach R, Jacquot F, Jolly D. Etude de la douleur post-opératoire en chirurgie buccale. 2e partie : recherche de facteurs prédictifs. *Med Buccale Chir Buccale*. 2001;7(1):21-32.

115. Zinck V. Prise en charge médicamenteuse de la douleur : connaissances et attitudes des étudiants en chirurgie dentaire de Lorraine [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2020 [cité 30 mars 2024]. p. NNT : 2020LORR3110. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298274>
116. Bonnot J, Pillon F. Revue des prescriptions odontologiques à l'officine. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mai 2013;52(526):45-8.
117. Togo S, Ouattara MA, Saye J, Sangaré I, Touré M, Maiga I, et al. Les cellulites cervico-faciales nécrosantes d'origine dentaire dans un pays en voie de développement. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 sept 2017;34(7):742-8.
118. Trentesaux T, Sandrin-Berthon B, Stuckens C, Hamel O, Hervé C. La carie dentaire comme maladie chronique, vers une nouvelle approche clinique. *La Presse Médicale*. 1 févr 2011;40(2):162-6.
119. Tassy P. L'invention du mastodonte. Aux origines de la paléontologie. 2011;
120. Malbos D. Les principales pathologies bucco-dentaires. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 janv 2022;61(614, Supplément):17-20.
121. Errahmouni A, Khatouri A. Enquête sur la Pratique de l'Antibioprophylaxie de l'Endocardite Infectieuse par les Dentistes de la Ville de Marrakech. 2009;
122. Le rôle du chirurgien-dentiste dans la santé générale lors d'une dysbiose buccale - JPIO n° 3 du 01/09/2019 [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://www.editionsmdp.fr/revues/jpio/article/n-38-03/le-role-du-chirurgien-dentiste-dans-la-sante-generale-lors-d-une-dysbiose-buccale-JPIO_R38-3_P225-P232.html
123. Verdalle DPM. Diagnostic et plan de traitement en parodontologie.
124. Rayane A, Asma A, Zahra BF, Khalissa B, Kinda B, Bilel B, et al. Les manifestations focales d'origine dentaire.
125. Endodontie et parodontie [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2011 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/endodontie/endodontie-et-parodontie/>
126. Richecoeur C. Observance en parodontologie : hygiène, prescriptions, maintenance [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2016 [cité 30 mars 2024]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932117>
127. Séguier S, Bodineau A, Giacobbi A, Tavernier J, Folliguet M. Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie.
128. Thiéry G, Sagui E, Guyot L. Algies faciales.
129. Blaizot A, Szonyi V, Tenenbaum A. Du concept d'éducation thérapeutique du patient à la pratique des chirurgiens-dentistes : pour un engagement pédagogique. *Santé Publique*. 2023;35(HS1):131-7.
130. Moreau N. Prise en charge des douleurs aiguës aux urgences bucco-dentaires : rationalisation de la stratégie antalgique. *Alpha Omega France*. 1 mars 2017;
131. Bertaud V, Chaumeil B, Ehrmann E, Fages M, Valcarcel J. L'informatisation du cabinet dentaire. In: Venot A, Burgun A, Quantin C, éditeurs. *Informatique médicale, e-Santé: Fondements et applications* [Internet]. Paris: Springer; 2013 [cité 30 mars 2024]. p. 377-413. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0338-8_15
132. Egloff C, Scala-Bertola J, Pape E, Camelot F, Clément C, Yasukawa K. Les interactions médicamenteuses. 2015;

133. Elcadi MMA. Année : 2021 Docteur en Pharmacie Mots Clés : Anti-inflammatoires non stéroïdiens, automédication, prescription, officine, Année : 2021 effets indésirables.
134. Lodi G, Azzi L, Varoni EM, Pentenero M, Fabbro MD, Carrassi A, et al. Antibiotics to prevent complications following tooth extractions. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2021 [cité 30 mars 2024];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003811.pub3/full/fr>
135. Camara SA, Bah A, Fofana L, Tolno SE, Traore N. PLACE DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES BUCCO DENTAIRES CHEZ L'ENFANT AU CENTRE DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE CONAKRY. African Journal of Dentistry & Implantology [Internet]. 16 avr 2019 [cité 30 mars 2024];(14). Disponible sur: <https://revues.imist.ma/index.php/AJDI/article/view/15996>
136. Bouvenot G, Juillet Y, Saint-Pierre A, Serre MP, Chatelain C, Bouvenot G, et al. Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 nov 2018;202(8):1749-82.
137. Mise au point sur l'utilisation des AINS en médecine et chirurgie bucco-dentaire - Clinic n° 08 du 01/09/2012 [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.editionsmdp.fr/revues/clinic/article/n-33-09/mise-au-point-sur-l-utilisation-des-ains-en-medecine-et-chirurgie-bucco-dentaire-CLI1330942101.html>
138. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Modalités de prescription. [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://www.rhumato.info/cours-revues2/87-anti-inflammatoires-non-steroidiens/71-les-anti-inflammatoire-non-steroidiens-modalites-de-prescription?fbclid=IwAR045hruxrmvoaGJyE_efwtZfW-icBbO4HWj02uvLMFNDikILp_tq0dq5hw_aem_ATbNez4wzJpg66KHmf0StOcO_5kWpiymDjwM4q2TnE8_k2wkSglmMJ2B3_Zxz7r6fb_Uqn8aWX9DfS_t3ZAAwMHP
139. Egloff C, Scala-Bertola J, Pape E, Camelot F, Clément C, Yasukawa K. Les interactions médicamenteuses. 2015;
140. Ghodbane PN. PRISE EN CHARGE DES MALADES A RISQUE EN ODONTOLOGIE CONSERVATRICE / ENDODONTIE.
141. ANSM [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Actualité - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/actualites/anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-et-complications-infectieuses-graves?fbclid=IwAR0pRXviB6CrnwUvuW0whgGjuhnczIw84iMgdNgdtujj8Cx7jV2RKKnzxQM_aem_ATZs_qRrmBph2OIY3Q_bWxHTbZMrtaHstEWrsB2R0v2qIN-5AmYulY2ibXc8UbbCUhrn_52_pi05YFGycFjn4Iwt
142. Elcadi MMA. Année : 2021 Docteur en Pharmacie Mots Clés : Anti-inflammatoires non stéroïdiens, automédication, prescription, officine, Année : 2021 effets indésirables.
143. Lodi G, Azzi L, Varoni EM, Pentenero M, Fabbro MD, Carrassi A, et al. Antibiotics to prevent complications following tooth extractions. Cochrane Database of

- SystematicReviews [Internet]. 2021 [cité 30 mars 2024];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003811.pub3/full/fr>
144. Mise au point sur l'utilisation des AINS en médecine et chirurgie bucco-dentaire - Clinic n° 08 du 01/09/2012 [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.editionsmdp.fr/revues/clinic/article/n-33-09/mise-au-point-sur-l-utilisation-des-ains-en-medecine-et-chirurgie-bucco-dentaire-CLI1330942101.html>
145. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Modalités de prescription. [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://www.rhumato.info/cours-revues2/87-anti-inflammatoires-non-steroidiens/71-les-anti-inflammatoire-non-steroidiens-modalites-de-prescription?fbclid=IwAR0RSzw-OygKcItDpBCbrNSixNvNzRP28tXzqSdOayEFWyUW7N8iDgv-gMY_aem_ATZyZwI2ZZpuHURMZw3uhrLnfx3VCPDxnYEC2oTs7hNyW8xGQI3XOQK_O36absbo8LNF60ukhIg5Ln5PJ5J9dNWA
146. ANSM [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Actualité - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/actualites/anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-et-complications-infectieuses-graves?fbclid=IwAR0pRXviB6CrnwUvuW0whgGjuhnczIw84iMgdNgdtujj8Cx7jV2RKnzXQM_aem_ATZs_qRrmBph2OIY3Q_bWxHTbZMrtaHstEWrsB2R0v2qIN-5AmYulY2ibXc8UbbCUhrn_52_pi05YFGycFjn4Iwt
147. Sarah A, Rima A, Khedoudja B, Lysa T. APPORT DES ANTI-INFLAMMATOIRES EN CHIRURGIE BUCCALE.
148. Nicot R, Hippy C, Hochart C, Wiss A, Brygo A, Gautier S, et al. Les anti-inflammatoires aggravent-ils les cellulites faciales d'origine dentaire ? Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale. 1 nov 2013;114(5):304-9.
149. Aouchar S, Azzi R, Bachatene K, Talah L. APPORT DES ANTI-INFLAMMATOIRES EN CHIRURGIE BUCCALE. juin 2019 [cité 30 mars 2024]; Disponible sur: <https://dSPACE.ummto.dz/handle/ummto/13076>
150. Guilbault V. Étude de l'usage des AINS dans le traitement des douleurs dentaires.
151. Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. Med Buccale Chir Buccale. 2009;15:S3-5.

Annexes

Annexe I

Fiche d'exploitation

Nom : _____ Prénom : _____

Age : Sexe :

Service concerné :

Date d'admission : / / Date de sortie : / /

Etat générale :

Les antécédents médicaux :

➤ Est-ce que les médicaments est efficace :

➤ _____ Est-ce

que le patient prend les médicaments en cas des douleurs de façon :

Aléat

oire

Contr

ôlés par le médecin traitant

Autre

Abusi

ve :

➤ _____ Est-ce que cette utilisation abusive du traitement est :

Prescrit par un médecin

Utilisé par le patient sans consultation

➤ Quelle est la raison de l'usage abusive de ces médicaments :

Motif de consultation :

Histoire de la maladie :

Signes cliniques :

Diagnostic :

Plan de traitement :

Les médicaments prescrits :

La durée du traitement :

Evolution après le traitement :

En cas d'échecs de traitement ; quelle sont :

- Complication :
 - Signes clinique d'échec :
 - Les causes d'échecs :
 - La solution proposée par le médecin :
- Tu pourrais considérer ce cas comme une impasse thérapeutique, qui survient lorsque tous les traitements disponibles pour une maladie se sont avérés inefficaces ou présentent des effets secondaires intolérables.

Pourquoi ?

Annexe II

المركز الإستشفائي الجامعي الدكتور تيجاني دمرجي - تلمسان
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Dr. TIDJANI DAMERDJI - TLEMCEM

شركة
SERVICE DE... P.C.B.....

وصفة طبية
ORDONNANCE MÉDICALE

Tlemcen, le... 02/04/2024

Nom et Prénom du patient : BELHACINI Amel

Date de naissance : 3-8 ans

N° d'immatriculation assuré social :

① - Amoxicilline : 01g cp (QSP 08 jrs)
01 cp 03x01 jr.

② - Spiramycine : 03 MUI (QSP 16 jrs)
01 cp 03x01 jr.

③ - Doliprane : 01g cp.
01 cp 03x01 jr.

Le Médecin prescripteur
Nom et Prénom

Signature et Cachet

Ne laisser pas les médicaments à la portée des enfants

En français :

Introduction :

Les échecs des traitements dentaires résultent souvent de deux facteurs rare mais non négligents : la prescription abusive des médicaments et les impasses thérapeutiques. Les prescriptions abusives, telles que la surprescription d'antibiotiques et d'analgésiques, entraînent des problèmes de résistance bactérienne et de dépendance, réduisant ainsi l'efficacité des traitements et exposant les patients à des risques pour leur santé. Parallèlement, les impasses thérapeutiques surviennent lorsque les options de traitement disponibles ne sont pas adaptées à des cas complexes, en raison de limitations techniques ou d'un manque d'expertise. Ces échecs ont des conséquences graves, notamment des douleurs chroniques, des infections récurrentes, des coûts financiers accrus pour les patients, et une pression supplémentaire sur le système de santé. Pour remédier à ces problèmes, il est essentiel de mettre en œuvre une formation continue pour les dentistes, de réguler strictement les prescriptions, et de favoriser une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des soins dentaires.

Objectif : L'objectif de cette étude est de mesurer la fréquence des échecs des traitements dentaires les plus fréquents attribués à la prescription abusive de médicaments et aux impasses thérapeutiques.

Matériel et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive prospective sur 130 patients présentant différentes pathologies dentaires, admis à la clinique dentaire de la faculté de médecine de Tlemcen et au CHU de Tlemcen el Fardj, sur une période de 5 mois, de novembre 2023 à mars 2024. Un questionnaire a été administré aux patients, la saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 21.

Résultats : La population consultant présentait une prédominance masculine de 67%, avec un sexe ratio de 1,06, et la tranche d'âge la plus concernée était celle des 20-29 ans. La moitié des patients (55%) ont été dirigés vers les services de pathologie buccodentaire, parmi lesquels 35% ont été diagnostiqués avec une maladie chronique, principalement le cancer, le diabète, les troubles psychiques et cardiaques. La douleur a été le motif de consultation le plus fréquent, avec un taux de 71,5%, et la pulpite a été la pathologie dentaire la plus courante. Plus de la moitié de la population étudiée est résistante aux médicaments, avec 39% d'entre eux étant résistants en raison d'une utilisation abusive, principalement due à des erreurs lors de la prise des médicaments. La plupart des prescriptions étaient des traitements étiologiques et symptomatiques, représentant 48% des cas, et les médicaments les plus prescrits étaient les antibiotiques, les analgésiques, suivie par les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens. Sur les 130 patients suivis jusqu'à la fin du traitement, 39% ont présenté un signe de persistance de l'inflammation, principalement en raison de facteurs propres au patient. La solution proposée par le médecin dentiste après l'échec a été le retraitement par extraction ou soins, ce qui représentait 29,8% des cas. Parmi eux, 13,3% des patients ont rencontré une impasse thérapeutique en raison de la complexité de la dent concernée.

Conclusion : les échecs des traitements dentaires dus à des prescriptions abusives et à l'impasse thérapeutique sont un défi majeur. Les prescriptions abusives, notamment d'antibiotiques et d'analgésiques, favorisent les résistances médicamenteuses, compliquant le traitement des infections. Une mauvaise communication et le non-respect des directives par les patients aggravent l'inefficacité des traitements. Pour surmonter ces défis, il est essentiel d'adopter des pratiques de prescription rigoureuses, d'améliorer la communication avec les patients, de sensibiliser à l'importance du suivi des traitements, d'encourager l'innovation

thérapeutique et d'assurer un suivi régulier. En appliquant ces stratégies, on peut réduire les échecs des traitements dentaires et améliorer la santé bucco-dentaire des patients.

Mots clés: Échec, prescription, impasse thérapeutique, abusive, information, médicaments, antibiotiques, antalgiques, anti inflammatoire stéroïdien et non stéroïdien, résistance

Introduction:

Failures in dental treatments often stem from two primary factors: the abusive prescription of medications and therapeutic impasses. Abusive prescriptions, such as over prescribing antibiotics and analgesics, lead to bacterial resistance and dependency, diminishing treatment efficacy and exposing patients to health risks. Concurrently, therapeutic impasses occur when available treatment options are not suitable for complex cases due to technical limitations or lack of expertise. These failures have serious consequences, including chronic pain, recurrent infections, increased financial burdens for patients, and added strain on health care systems. Addressing these issues requires ongoing education for dentists, strict regulation of prescriptions, and a multidisciplinary approach to dental care.

Objective: The aim of this study is to measure the frequency of dental treatment failures attributed to abusive medication prescriptions and therapeutic impasses.

Materials and Methods :We conducted a prospective descriptive study on 130 patients with various dental pathologies admitted to the dental clinics of the Faculty of Medicine of Tlemcen and Tlemcen el Fardj University Hospital over a 5-month period from November 2023 to March 2024. Patients were surveyed using a questionnaire, and data entry and analysis were performed using SPSS version 21.

Results: The patient population exhibited a male predominance of 67%, with a sex ratio of 1.06, and the most represented age group was 20-29 years old. The majority of patients (55%) were referred to oral pathology services, with 35% diagnosed with chronic conditions, mainly cancer, diabetes, psychiatric, and cardiac disorders. Pain was the most

Common reason for consultation, with a rate of 71.5%, and pulpitis was the most common dental pathology. Over half of the studied population was resistant to medications, with 39% being resistant due to abusive use, primarily resulting from errors in medication administration. Most prescriptions consisted of etiological and symptomatic treatments, accounting for 48% of cases, with antibiotics being the most prescribed, followed by analgesics, and less frequently, steroid and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Among the 130 patients followed until the end of treatment, 39% exhibited signs of inflammation persistence, primarily due to patient-specific factors. After treatment failure, the proposed solution by the dentist was retreatment through extraction or further care, accounting for 29.8% of cases. Among these cases, 13.3% encountered therapeutic impasses due to the complexity of the involved tooth.

In conclusion : the failures of dental treatments due to abusive prescriptions and therapeutic impasses are a major challenge. Abusive prescriptions, particularly of antibiotics and analgesics, promote drug resistance, complicating the treatment of infections. Poor communication and non-compliance with guidelines by patients exacerbate the ineffectiveness of treatments. To overcome these challenges, it is essential to adopt rigorous prescribing practices, improve communication with patients, raise awareness of the importance of treatment adherence,

encourage therapeutic innovation, and ensure regular follow-up. By implementing these strategies, dental treatment failures can be reduced, and patients' oral health can be improved.

Keywords: Failure, prescription, therapeutic impasse, abusive, medication, antibiotics, analgesics, steroid and non-steroidal anti-inflammatory drugs, resistance

مقدمة: غالبًا ما يعود فشل علاجات الأسنان إلى عاملين رئيسيين: الوصف الزائد للأدوية والعقبات العلاجية. يؤدي الوصف الزائد، مثل الإفراط في وصف الأدوية المضادة للبكتيريا والمسكنات، إلى مقاومة البكتيريا وإدمان الأدوية، مما يقلل من فعالية العلاجات ويعرض المرضى لمخاطر صحية. من ناحية أخرى، تحدث العقبات العلاجية عندما لا تكون الخيارات المتاحة مناسبة للحالات المعقدة بسبب القيود التقنية أو نقص الخبرة. تنتج عن هذه الفشل عواقب خطيرة، مثل الألم المزمن، والالتهابات المتكررة، والأعباء المالية المتزايدة على المرضى، وزيادة الضغط على أنظمة الرعاية الصحية. لمعالجة هذه المشاكل، يتطلب الأمر توفير تعليم مستمر لأطباء الأسنان، وتنظيم صارم للوصفات الطبية، وتعزيز نهج متعدد التخصصات في رعاية الأسنان.

الهدف: تهدف هذه الدراسة إلى قياس مدى تكرار فشل علاجات الأسنان المرتبط بالوصف الزائد للأدوية والعقبات العلاجية.

المواد والطرق: أجرينا دراسة وصفية استطلاعية شملت 130 مريضًا يعانون من أمراض الأسنان المختلفة، وتم قبولهم في عيادات طب الأسنان في كلية الطب بتلمسان ومستشفى الجامعة بتلمسان الفرع خلال فترة 5 أشهر من نوفمبر 2023 إلى مارس 2024. تم توزيع استبيان على المرضى، وتم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام برنامج SPSS الإصدار 21.

النتائج: أظهرت النتائج أن 67% من المرضى كانوا من الذكور، مع نسبة جنسية بلغت 1.06. كانت الفئة العمرية الأكثر تأثرًا بين 20 و 29 عامًا. تم توجيه معظم المرضى (55%) إلى خدمات أمراض الفم والأسنان، وتم تشخيص 35% منهم بحالات مزمنة مثل السرطان، والسكري، والاضطرابات النفسية والقلبية. كان الألم السبب الأكثر شيوعًا للمراجعة بنسبة 71.5%، وكان التهاب اللب هو الأكثر شيوعًا بين أمراض الأسنان. أكثر من نصف المرضى المدروسين كانوا مقاومين للأدوية، حيث كان 39% منهم يعانون من مقاومة ناتجة عن الاستخدام الزائد للأدوية، والذي غالبًا ما كان نتيجة لأخطاء في تناول الأدوية. معظم الوصفات كانت تتعلق بعلاجات تشخيصية.

الخاتمة: غالبًا ما يعود فشل علاجات الأسنان إلى عاملين رئيسيين: الوصف الزائد للأدوية والعقبات العلاجية. يؤدي الوصف الزائد، مثل الإفراط في وصف الأدوية المضادة للبكتيريا والمسكنات، إلى مقاومة البكتيريا وإدمان الأدوية، مما يقلل من فعالية العلاجات ويعرض المرضى لمخاطر صحية. من ناحية أخرى، تحدث العقبات العلاجية عندما لا تكون الخيارات المتاحة مناسبة للحالات المعقدة بسبب القيود التقنية أو نقص الخبرة. تنتج عن هذه المفشلات عواقب خطيرة، مثل الألم المزمن، والالتهابات المتكررة، والأعباء المالية المتزايدة على المرضى، وزيادة الضغط على أنظمة الرعاية الصحية. لمعالجة هذه المشاكل، يتطلب الأمر توفير تعليم مستمر لأطباء الأسنان، وتنظيم صارم للوصفات الطبية، وتعزيز نهج متعدد التخصصات في رعاية الأسنان.

الكلمات المفتاحية: الفشل، الوصفة الطبية، المأزق العلاجي، المفرطة، الأدوية، المضادات الحيوية، المسكنات، الأدوية المضادة للالتهابات الستيرويدية وغير الستيرويدية، المقاومة.