Problèmes de santé bucco-dentaire

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique

Vol. 28 (11), novembre 2020

INTRODUCTION

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut nuire à la santé et au bien-être des personnes de tous âges. Les patients qui se présentent chez le médecin de famille ont souvent des questions ou des préoccupations concernant leur santé bucco-dentaire. Cependant, les cliniciens n'ont généralement reçu que peu de formation dans ce domaine, voire aucune. Effectuer une évaluation, fournir des conseils de prévention et orienter les patients vers des professionnels des soins dentaires peut s'avérer difficile.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens de :

- comprendre la relation entre la santé bucco-dentaire et la santé générale;
- prendre en charge les problèmes de santé bucco-dentaire qui relèvent des soins primaires et collaborer avec les professionnels des soins dentaires en cas de besoin;
- prévenir les maladies en procédant sans tarder à une évaluation des risques, en effectuant des examens buccaux, en fournissant des conseils efficaces et des conseils préventifs, et en préconisant des soins bucco-dentaires personnels et des examens dentaires de routine.

Remarque : Dans ce module, il ne sera pas question des troubles de la mâchoire (p. ex., syndrome de l'articulation temporomandibulaire) ou des cancers de la bouche.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3

Commentaires des histoires de cas 12

Collaborateurs et déclarations 15

Références bibliographiques 16

Annexes 19

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Harpreet, âgée de 12 mois

Harpreet est à votre cabinet aujourd'hui avec sa mère Gurleen pour sa visite du bébé en santé à 12 mois. Harpreet et sa famille ont émigré de l'Inde il y a six mois et sont de nouveaux patients chez vous. Harpreet est née à 39 semaines de gestation après un accouchement par voie vaginale. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans incident. Ses immunisations sont à jour. Harpreet grandit bien et Gurleen ne vous fait part aujourd'hui d'aucun sujet de préoccupation. Harpreet a commencé à prendre des aliments solides à 6 mois et a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 7 mois. Après son arrivée au Canada, elle est passée à la préparation pour nourrissons afin que les membres de sa famille élargie puissent la nourrir pendant que Gurleen cherchait un emploi.

Harpreet boit maintenant environ deux tasses de lait homogénéisé par jour au biberon. On lui donne d'habitude un petit biberon avant le coucher et un autre, à l'occasion, si elle se réveille en pleine nuit. Gurleen précise que la petite sirote également de l'eau ou du jus d'orange sans sucre ajouté au biberon pendant la journée.

À l'examen, vous notez chez Harpreet la présence d'incisives centrales, d'incisives latérales ainsi que des incisives centrales inférieures. Vous n'observez aucune anomalie de l'émail ni de coloration des dents. Toutefois, vous remarquez une pellicule blanche gluante recouvrant ses dents, qui semble être de la plaque.

Quels sont les facteurs de risque de caries de la petite-enfance de Harpreet, et quels conseils préventifs donneriez-vous à Gurleen?

Deuxième partie – trois mois plus tard

Harpreet revient pour sa visite à 15 mois. Gurleen essaie de sevrer Harpreet du biberon et évite désormais tous les jus. Harpreet ne prend plus que de l'eau dans son gobelet

et boit du lait homogénéisé pendant les repas dans un gobelet ouvert. Gurleen n'a pas réussi à supprimer le biberon avant le coucher car Harpreet ne peut pas s'endormir autrement. Vous examinez les dents de Harpreet et notez une coloration brune sur la face proximale de ses incisives centrales supérieures.

Quels conseils donneriez-vous à Gurleen aujourd'hui?

Troisième partie – huit ans plus tard

Harpreet a maintenant 9 ans et devait se présenter pour une visite régulière. En sortant de chez elle, elle a trébuché sur la première marche et est tombée en avant sur le béton; elle a subi des blessures importantes au menton et à la bouche. Elle arrive à votre cabinet avec sa mère 15 minutes plus tard. Elle présente une lacération interne de la lèvre inférieure et se plaint d'une douleur à une dent. Elle ne présente aucun signe ou symptôme de commotion cérébrale ou d'autres blessures.

Quelle serait votre approche pour l'évaluation et la prise en charge de Harpreet à ce stade?

Cas numéro 2 : Jean, âgé de 56 ans

Jean est un de vos patients depuis de nombreuses années. Il est plombier à son compte et n'a pas de régime d'assurance dentaire. Vous le suivez à cause de ses antécédents de coronaropathie, d'hypertension, d'obésité et de diabète qu'il éprouve des difficultés à maîtriser. Il a subi un infarctus aigu du myocarde à l'âge de 52 ans et une angioplastie avec implantation d'endoprothèse. Il prend de la rosuvastatine à 20 mg par jour, l'association perindopril-indapamide à 8/2,5 mg par jour, de l'aspirine entérosoluble (ECASA) à 81 mg par jour, du métoprolol à 25 mg 2 f.p.j., de la metformine à 1 000 mg 2 f.p.j., de l'empagliflozine à 25 mg par jour et du sémaglutide à 0,25 mg une fois par semaine. Il a annulé ses deux derniers rendez-vous à cause de problèmes familiaux, et ses dernières analyses de sang remontent à il y a plus d'un an.

Jean vous consulte aujourd'hui à cause d'une douleur et d'une enflure légère dans la zone de la joue droite, présente depuis trois jours. La mastication est douloureuse, et ne peut se nourrir que d'aliments mous. Ce matin, il a commencé à ressentir de la fièvre et a constaté que l'enflure à sa joue s'est aggravée.

Que rechercheriez-vous à l'examen physique?

Deuxième partie

À l'examen, Jean paraît bien, sa température est de 38,2 °C. Il présente une enflure, un érythème léger et une sensation de chaleur à la joue droite. Il présente une enflure non mobile intrabuccale dans la région de la première molaire de la mâchoire supérieure droite; ses gencives sont rouges et enflammées dans toute la bouche.

Comment prendriez-vous en charge Jean aujourd'hui?

Troisième partie – trois mois plus tard

Jean revient vous consulter trois mois plus tard, son affection a disparu et vous avez pu l'orienter chez un dentiste qui offre des soins subventionnés. Il est atteint d'une maladie parodontale au stade précoce et aura besoin d'un suivi continu en médecine dentaire. Le dentiste lui a demandé d'effectuer un suivi avec vous pour l'examen de ses antécédents médicaux et des maladies systémiques qui pourraient être liés à sa maladie parodontale. Après la dernière visite, ses analyses de sang ont révélé un taux d'Hb_{A1C} de 8,4 %. Ses taux de lipides sont aux valeurs cibles et son taux de C-LDL est de 1,2 mmol/L. Son TFGe est de 53; son rapport albumine-créatinine urinaire est de 6,7 mg/mmol.

Quels conseils donneriez-vous à Jean?

Cas numéro 3 : Fiona, âgée de 79 ans

Fiona est une de vos patientes depuis de nombreuses années. Elle présente depuis longtemps une coronaropathie, de l'hypertension, de l'hyperlipidémie, de l'ostéoporose et une néphropathie légère. Elle a des antécédents de rétrécissement de la valve aortique, pour laquelle elle a subi l'implantation d'une valve mécanique il y a 10 ans. Elle prend les médicaments suivants : amitriptyline à 10 mg au coucher, candésartan à 16 mg par jour, indapamide à 2,5 mg par jour, atorvastatine à 20 mg au coucher, warfarine à 3 mg par jour et risédronate à 35 mg une fois par semaine (depuis 2 ans). Fiona vient vous consulter après avoir été examinée par son dentiste qui doit lui extraire les deux dernières dents supérieures en vue de la pose d'une prothèse complète. Elle vous remet une note du dentiste vous demandant un résumé de ses antécédents médicaux, ses médicaments, et toute considération ou précaution particulière requise pour l'intervention. Elle se demande notamment si elle devrait arrêter la warfarine. Aux dernières analyses, son RIN était de 2,8 il y a deux semaines.

Que répondriez-vous à Fiona et à son dentiste?

Deuxième partie – trois mois plus tard

Fiona vous consulte trois mois plus tard. Elle a essayé de s'habituer à sa nouvelle prothèse, mais elle a la bouche très sèche et les gencives irritées dans la partie gauche de la mâchoire supérieure. À l'examen de cette zone, vous notez un érythème léger et une abrasion.

Comment prendriez-vous en charge Fiona à ce stade?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. La plupart des Canadiens reçoivent leurs soins bucco-dentaires dans des cliniques dentaires privées, et paient les services par le biais d'une compagnie d'assurance privée ou en les acquittant eux-mêmes. D'après l'Association dentaire canadienne, pour des raisons de coûts, 17 % des Canadiens ont évité de consulter un dentiste en 2012, et 16 % des Canadiens n'ont pas reçu la totalité du traitement recommandé. En outre, 32 % des Canadiens ne possèdent aucune assurance dentaire[1].
   a) Le Canada se classe à l'avant-dernier rang des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne le financement public des soins dentaires[2].
   b) Par rapport à la population générale, les personnes sans assurance dentaire, les personnes à faible revenu ou de statut socio-économique inférieur, les personnes âgées et les populations autochtones ont une santé bucco-dentaire globale inférieure[3].

2. Dans le cas de certains groupes, une partie des services dentaires sont pris en charge par des programmes gouvernementaux. Les programmes de soins dentaires varient d'une province à l'autre et les bénéficiaires peuvent être des enfants, des personnes âgées et des personnes qui reçoivent des prestations d'aide sociale[4]. Le gouvernement fédéral assume le coût des services dentaires prodigués aux groupes suivants :
   - Membres des forces armées et anciens combattants
   - Populations autochtones, si leur statut est reconnu en vertu de la Loi sur les Indiens
   - Certaines personnes âgées et personnes souffrant de troubles du développement
   - Détenus dans les établissements fédéraux
   - Réfugiés[1]

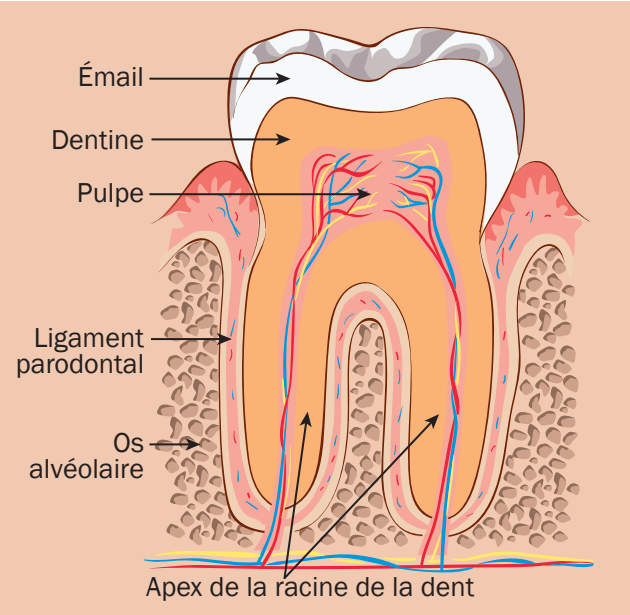
3. La plupart des initiatives publiques en matière de santé bucco-dentaire au niveau provincial/territorial concernent les enfants, principalement ceux qui sont socialement défavorisés. Ces initiatives consistent notamment en des programmes mis en œuvre au niveau régional et municipal ou par l'intermédiaire des universités. Les sites Web des autorités régionales de santé publique fournissent généralement de l'information sur les programmes dentaires couverts par le financement public et offerts dans les collectivités locales.

ANATOMIE et DÉVELOPPEMENT DES DENTS

4. Chaque dent possède une couronne visible au-dessus du bord de la gencive. Sous la couronne de la dent se trouve une

partie osseuse (dentine) qui protège la partie interne de la pulpe dentaire. Une dent est maintenue en place par des ligaments parodontaux fusionnant avec l'os alvéolaire. Les apex dentaires sont à la jonction entre la pulpe dentaire et le tissu parodontal par lesquels passent le nerf et les vaisseaux sanguins irriguant la pulpe dentaire.

Figure 1. Anatomie d'une dent



5. L'éruption des dents de lait se produit entre l'âge de 6 mois et 2 ans. Les 20 dents de lait (4 incisives, 2 canines et 4 molaires sur chaque arcade) apparaissent habituellement avant l'âge de 3 ans. Vers l'âge de 5 ou 6 ans, les dents de lait commencent à être remplacées par des dents définitives. Vers la fin de l'adolescence (ou parfois plus tard), 32 dents définitives (4 incisives, 2 canines et 4 prémolaires) sur chaque arcade (entre les canines et les molaires) et 6 molaires sont présentes[5]. Un résumé du calendrier d'éruption des dents est présenté au tableau 1.

Tableau 1. Dentition de lait et dentition définitive : Calendrier[6]

Âge	Dents
6 mois à 2 ans	Début de la sortie des dents
< 5 ans	20 dents de lait
6-12 ans	Dents de lait et dents définitives
8-9 ans	La plupart des incisives définitives Mélange de canines et de molaires de lait
12-13 ans	28 dents définitives (chez la plupart des enfants)
17-21 ans	4 dents de sagesse (troisièmes molaires)

SANTÉ BUCCALE et SANTÉ GÉNÉRALE

6. La santé dentaire a des effets considérables sur la santé et le bien-être en général.
   a) Chez les enfants, les problèmes dentaires peuvent avoir une incidence négative sur le sommeil, la croissance, le comportement et l'apprentissage[7].
   b) Environ 2,26 millions de jours d'école et 4,15 millions de jours de travail sont perdus chaque année par les enfants et les adultes en raison de visites chez le dentiste ou de congés de maladie liés à des problèmes dentaires[3].
   c) On estime que 6 % des Canadiens âgés de 20 à 79 ans n'ont aucune dent, et que 22 % de ceux qui ont entre 60 et 79 ans n'ont pas de dents naturelles. La perte de dents naturelles peut entraîner un changement des habitudes alimentaires, des carences en nutriments, une perte de poids involontaire, des problèmes d'élocution et une diminution de la qualité de vie[3].

7. De nombreuses maladies systémiques et les médicaments utilisés pour les traiter (tableau 2 à la page 8) affectent la

cavité buccale, alors que les maladies parodontales (p. ex., gingivite, parodontite) peuvent affecter la santé générale. Toutefois, nous ne savons pas très bien si le rapport entre ces deux entités dépend d'un lien de causalité ou d'une association. Bien que d'importants travaux de recherche se soient appliqués à cerner et à clarifier le rapport bidirectionnel entre les affections buccales et générales, une grande partie des données probantes sont fondées sur l'observation. Des études de meilleure qualité doivent être menées dans ce domaine[8,9].

Diabète

8. Le diabète serait un facteur de risque majeur de parodontite[9-11]. Le risque de parodontite augmente d'environ trois fois chez les personnes diabétiques comparativement à celles qui ne le sont pas[8]. Le degré de maîtrise glycémique et la durée du diabète semblent être deux facteurs importants à l'origine de ce risque[8,12].
   a) Une étude menée auprès de 408 participants atteints de diabète de type 2 et de 100 sujets qui n'en étaient pas atteints a montré qu'une maîtrise insuffisante de la glycémie était associée à un risque accru de parodontite grave. Le rapport de cote (RC) de destruction parodontale chez les personnes atteintes de diabète ou non était de 1,97 en cas de maîtrise adéquate (Hb_{A1C} < 8 %), de 2,10 lorsque la maîtrise était modérée (Hb_{A1c} de 8-10 %) et de 2,42 lorsque la maîtrise était insuffisante (> 10 %)[13].
   b) Une étude (n = 399) menée auprès de patients âgés de plus de 60 ans a montré que ceux atteints de diabète de plus longue date étaient plus susceptibles d'être atteints d'une maladie parodontale. Le RC de maladie parodontale était de presque 8 fois plus élevé chez ceux atteints de diabète depuis 6 ans ou plus, et de 3,3 fois plus élevé chez ceux atteints de diabète depuis 6 ans ou moins comparativement à ceux qui n'en étaient pas atteints. La plus longue durée d'autres maladies métaboliques (hypertension et obésité) contribue également à augmenter le taux de maladies parodontales[12].

Rapport de cotes (RC)
Le RC est défini comme le rapport entre la probabilité de survenue d'un événement dans un groupe exposé et la probabilité de survenue du même événement dans un groupe non exposé. La probabilité calculée d'un événement (résultat) est le nombre de personnes ayant présenté le résultat sur celles qui ne l'ont pas présenté. À titre d'exemple : si le *risque* d'un résultat est de 25/100, et sa *probabilité* est de 25/75.

9. Les répercussions des maladies parodontales sur le diabète sont moins claires, mais d'après une hypothèse, ces maladies pourraient déclencher ou aggraver l'insulinorésistance (tout comme l'obésité) et aggraver ainsi la maîtrise glycémique[10]. La plupart des données probantes à l'appui d'un lien à cet égard proviennent d'études observationnelles et d'études sur les traitements parodontaux. Par exemple, une revue systématique et une méta-analyse (7 études comparatives randomisées, n = 940, menées auprès de sujets atteints de diabète de type 2 et de parodontite) ont montré que le traitement non chirurgical des maladies parodontales permettait d'améliorer le taux d'Hb_{A1c} de 0,48 % après trois mois[14].

Maladie vasculaire

10. Plus de 50 études de cohortes prospectives et études cas-témoins menées au cours des 25 dernières années ont révélé une association entre la parodontite et les maladies athéroscléreuses.
    a) De vastes études de cohortes récentes semblent indiquer que la parodontite est associée à un risque accru de coronaropathie[15]. Une étude de cohorte (n = 805) a montré que les maladies parodontales étaient plus fréquentes (43 %) chez les patients ayant subi un premier infarctus du myocarde comparativement aux témoins (33 %; p < 0,001). Le risque accru d'infarctus du myocarde parmi les personnes atteintes d'une maladie parodontale est resté significatif (RC de 1,28; IC à 95 % : 1,03-1,60) après correction en fonction de variables différentes entre les sujets ayant subi un infarctus du myocarde et les témoins (habitudes liées au tabagisme, diabète, années de scolarité et statut matrimonial)[16]. Aucune étude comparative randomisée ne montre que le traitement des maladies parodontales diminue le risque d'événements cardiovasculaires indésirables majeurs[15].
    b) De même, d'autres études (études de cohorte, n = 2 635; revue systématique, 17 études) ont montré que la parodontite est associée aux néphropathies chroniques, même après correction en fonction des facteurs confusionnels possibles (âge, sexe, tabagisme, hypertension, diabète). D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si le traitement de la parodontite pourrait affecter l'incidence ou la gravité des néphropathies chroniques[17,18].

Maladie pulmonaire

11. Les preuves tendent à démontrer « un rapport unidirectionnel positif » entre la maladie parodontale et l'augmentation du risque de pneumonie et de MPOC[8,19].

a) Une revue systématique (14 études observationnelles, n = 3 898) a montré un lien significatif entre les maladies parodontales et la MPOC (RC : 2,08; IC à 95 % : 1,48-2,91; $p < 0,001$)[20].
b) De nombreuses études de qualité élevée montrent que l'amélioration de l'hygiène buccale peut réduire l'incidence, la durée et la mortalité associées à la pneumonie[19].

Maladie osseuse

12. L'ostéoporose est associée à la perte de dents. La faible densité des os de la mâchoire peut entraîner un déchaussement direct des dents. Toutefois, la faible densité des os peut également être plus sensible à l'inflammation causée par les bactéries parodontales et à la parodontite, ce qui favorise la perte de dents[8,21].

13. Le bisphosphonate et le dénosumab ont été liés à l'ostéonécrose de la mâchoire[21,22]. Cette complication est rare chez les personnes prenant des bisphosphonates pour le traitement de l'ostéoporose; elle est plus fréquente chez celles recevant des doses de ce médicament par voie intraveineuse dans le cadre d'une chimiothérapie[21].

Accouchement avant terme et faible poids à la naissance

14. Il a été montré que la présence d'une maladie parodontale chez les femmes enceintes augmentait de 7,5 fois le risque de naissance avant terme et de faible poids à la naissance[23]. Toutefois, des revues systématiques ont fait état de résultats hétérogènes concernant les répercussions du traitement parodontal sur ce risque. « Malgré l'absence de preuves solides, il paraît logique que tout ce qui optimise la santé de la mère et du fœtus soit bénéfique[8] ».

PROBLÈMES DENTAIRES FRÉQUENTS EN SOINS PRIMAIRES

Caries

Caries de la petite enfance

15. « La carie de la petite enfance se caractérise par la présence d'une ou de plusieurs faces cariées, manquantes (dues à la carie) ou obturées sur une dent primaire d'un enfant d'âge préscolaire[7] ». La carie de la petite enfance est le motif le plus fréquent de chirurgie pédiatrique de jour au Canada[24].
    a) Les caries de la petite enfance sont fortement associées au statut socio-économique. Leur prévalence est élevée parmi les enfants autochtones (> 85 %) et les communautés de nouveaux arrivants (> 79 %)[24-26].
    b) La transmission de bactéries causant la carie provient souvent du principal aidant du nourrisson pendant les deux premières années de vie[25]. Il est donc important d'évaluer la présence de caries actives chez la mère/le principal aidant au cours des 12 derniers mois[26].
    c) La présence de plaques visibles est un facteur de risque significatif de carie de la petite enfance[27].
    d) Le manque de fluoration de l'eau est un facteur de risque[28].

16. D'après une analyse des publications concernant les caries de la petite enfance chez les enfants canadiens (12 études portant sur les facteurs de risque), les autres facteurs de risque d'apparition de ce type de caries comprennent :
    a) Les pratiques alimentaires comme celles qui consistent à laisser le biberon à l'enfant, à garder des liquides (jus, lait ou préparation pour nourrissons) en bouche pendant une période prolongée, les collations fréquentes (≥ 2 par jour)[24] et la consommation fréquente d'aliments sucrés, y compris de sucres cachés (p. ex., vitamines gélifiées, barres de céréales)[27].
    Remarque : Il a été établi que l'allaitement maternel protège contre les caries, sauf lorsqu'il se poursuit au-delà de 24 mois[24].
    b) L'hypoplasie de l'émail causée par des facteurs systémiques (p. ex., facteurs nutritionnels, maladies telles que la rougeole et la varicelle, hypocalcémie, naissance avant terme, prise de certains médicaments) et des facteurs locaux (p. ex., infection ou traumatisme d'une dent de lait)[29]. Les enfants présentant un déficit de l'émail sont six fois plus susceptibles d'avoir des caries de la petite enfance[24].
    c) L'âge de l'enfant au moment de la première visite chez un dentiste est de > 23 mois[24].

17. Le premier signe de carie de la petite enfance est une lésion caractérisée par un point blanc opaque sur l'émail, qu'il est impossible d'ôter (contrairement à la plaque). Elle peut se transformer en lésions foncées, décolorées et cavitaires dont la couleur peut varier de jaune à noir (image 1)[25]. Cette évolution peut se produire rapidement et, en l'absence de traitement, peut augmenter le risque d'infection dentaire grave, d'hospitalisation et de soins d'urgence[30]. Si la carie de la petite

enfance est détectée, la consultation rapide d'un dentiste peut contribuer à prévenir d'autres lésions[5]. Voir l'encadré 1 pour connaître les causes de la décoloration dentaire.

18. Une petite étude de cohorte (n = 362) ayant suivi des enfants (âgés de 3 à 5 ans) pendant 8 ans a montré que les enfants atteints de caries aux dents de lait étaient trois fois plus susceptibles d'en contracter aux dents définitives (risque relatif de 2,6; IC à 95 % : 1,4-4,7; $p < 0,001$). Les caries aux molaires primaires avaient la valeur prédictive la plus élevée (85,4 %)[31]. Une très petite (n = 25) étude de cohorte à long terme (15 ans) a fait état de résultats similaires : les enfants atteints de caries pendant la petite enfance présentaient plus de caries, de dents manquantes et d'obturation des surfaces dentaires à l'âge adulte[32].

Risque relatif ou rapport de risques (RR)
Le RR est le taux d'événements (proportion de personnes présentant un résultat en particulier lorsqu'elles sont exposées à une intervention) divisé par le taux témoin (proportion de personnes ayant présenté le même résultat sans avoir été exposées à l'intervention). Il s'agit d'une mesure de la probabilité (risque) d'apparition d'une maladie chez les personnes exposées à un médicament/du facteur de risque comparativement à celles qui ne le sont pas. Le rapport des risques instantanés (RRI) est un concept analogue.

Image 1. Évolution des cariesde la petite enfance



Reproduit avec la permission de : Caufield PW, Li Y, Bromage TG. Hypoplasia-associated severe early childhood caries–a proposed definition. *J Dent Res.* 2012;91(6):544-550. PMID : 22529242.

Encadré 1. Décoloration des dents chez les enfants et les adultes[33]

La décoloration des dents peut être intrinsèque (sous la surface des dents), extrinsèque (sur la surface des dents) ou mixte :

- La décoloration intrinsèque se produit lorsque les particules tachant les dents traversent la couche externe de la dent et s'accumulent dans l'émail. Cela peut se produire pendant le développement des dents ou après leur éruption. La décoloration avant l'éruption peut être causée par des concentrations élevées de fluorure, des médicaments tels que la tétracycline, des troubles héréditaires du développement et le traumatisme d'une dent en développement. Après l'éruption dentaire, les caries, le vieillissement et la nécrose de la pulpe dentaire sont les principales causes de décoloration intrinsèque.
- La décoloration extrinsèque se produit lorsque des particules tachant les dents provenant d'aliments, de boissons et d'autres substances (p. ex., thé, herbes, carottes, oranges, vin rouge, tabagisme, suppléments de fer) s'accumulent dans la mince couche protéique qui recouvre l'émail dentaire.

Caries chez l'adulte

19. Certains médicaments sur ordonnance et drogues à usage récréatif augmentent le risque d'érosion de l'émail dentaire et de formation de caries (tableau 2). Les médicaments qui diminuent la production de salive en sont particulièrement responsables, car la salive joue un rôle important dans la reminéralisation des dents et l'augmentation du pH buccal en contribuant à neutraliser la production d'acide d'origine bactérienne. Les patients âgés en sont exposés au risque le plus élevé, car leur salivation diminue avec l'âge et, souvent, ils prennent des médicaments affectant leur santé buccale[5]. Plus de 55 % des personnes âgées atteintes d'une maladie systémique présentent une xérostomie (sécheresse buccale)[34,35]. La sécheresse buccale affecte également le port d'une prothèse (Renseignements généraux, point 26).

Tableau 2. Médicaments et maladies dentaires[5]

Cause possible de la carie	Médicaments
Diminution de la salivation/ sécheresse buccale	Antidépresseurs – ISRS, agents tricycliques Antihistaminiques Antihypertenseurs – notamment l'aténolol, la clonidine et la térazosine Antipsychotiques Cannabinoïdes Diurétiques Relaxants musculaires Opioïdes Inhibiteur de la protéase Inhibiteurs de la pompe à protons Psychostimulants pour le traitement du TDAH
Hyperplasie gingivale	Inhibiteurs calciques Immunosuppresseurs Phénytoïne (Dilantin)
Inflammation buccale	Chimiothérapie Immunosuppresseurs Corticostéroïdes en inhalation
Produit contenant du sucre	Antiacides Sirop et gouttes contre la toux Certaines vitamines

Séquelles de caries dentaires : pulpite, parodontite, abcès

20. Les caries dentaires sont initialement indolores, mais, si elles ne sont pas traitées, elles peuvent évoluer vers une pulpite (mal de dent, sensibilité au chaud/froid), une parodontite apicale (douleur à la pression occlusale/palpation) et la formation d'abcès (sensibilité extrême, enflure). Les antibiotiques doivent être envisagés en cas de douleur et d'enflure, d'atteinte systémique ou si le patient présente de multiples maladies concomitantes[5]. Il faut également conseiller aux patients de consulter un dentiste pour trouver la source de l'infection, car les antibiotiques ne sont pas un substitut du traitement local. L'annexe 1 décrit l'utilisation d'antibiotiques par voie orale pour le traitement des infections dentaires, leur posologie habituelle et la durée du traitement[36].

21. Les abcès dentaires sont généralement traités par incision et drainage en cas de masse mobile à l'examen[37]. Cette intervention peut être réalisée dans un cabinet de soins primaires. Il faut conseiller aux patients de consulter un dentiste après l'intervention pour obtenir un traitement définitif. Les options analgésiques comprennent les AINS, l'acétaminophène et « l'utilisation judicieuse des opioïdes[5] ».

Maladie parodontale

22. Les facteurs de risque d'une maladie parodontale (maladie gingivale) comprennent : tabagisme, diabète, infection par le VIH, prise de certains médicaments et vulnérabilité génétique[5]. En général, une maladie parodontale se manifeste initialement par une gingivite et peut évoluer vers une parodontite.
    a) La gingivite est caractérisée par des gencives enflées et rouges qui saignent facilement pendant le brossage des dents ou le passage de la soie dentaire (image 2). Il est possible de prévenir ou de neutraliser la gingivite par le brossage des dents et le passage de la soie dentaire de manière régulière et adéquate. Un rince-bouche contenant de la chlorhexidine peut être prescrit pour aider à réduire la gingivite[5].
    b) La parodontite se produit lorsque l'inflammation gingivale progresse vers le ligament parodontal et parfois l'os alvéolaire qui soutient la dent. La fréquence de la parodontite est la plus élevée chez les hommes âgés de 30 à 50 ans. Les signes et symptômes fréquents comprennent : halitose, gencives rouges enflées qui saignent pendant le brossage des dents ou le passage de la soie dentaire, récession gingivale, douleur pendant les repas, déchaussement ou sensibilité des dents et ultimement perte des dents. Le traitement de la parodontite exige des soins dentaires exhaustifs allant du détartrage au surfaçage radiculaire[5].

Image 2. Gingivite



Reproduit avec la permission de : AGEphotography

Traumatisme dentaire (annexe 2)

23. L'évaluation d'un cas de traumatisme dentaire porte sur les aspects suivants :
    - Comment, quand et où la blessure est-elle survenue.
    - Possibilité d'un traumatisme crânien/d'une commotion cérébrale – perte de connaissance, étourdissements, céphalée ou nausées/vomissement.
    - Analyse de l'occlusion du patient – celle-ci peut révéler le déplacement ou la fracture d'une dent.
    - Examen du visage, des lèvres et de la musculature buccale à la recherche de lésions des tissus mous.
    - L'inspection des dents à la recherche d'une fracture, d'un positionnement anormal ou d'une luxation[6].

    Voir l'annexe 2 pour les définitions.

24. À l'âge de 14 ans, 30 % des enfants ont déjà subi une blessure dentaire[6].
    a) Les traumatismes des dents de lait sont les plus susceptibles de se produire entre l'âge de 2 à 3 ans, la blessure la plus fréquente étant la luxation (déplacement d'une dent)[6].
    b) Vingt-cinq pour cent des enfants d'âge scolaire subiront un traumatisme dentaire, le plus souvent une fracture de la couronne des incisives maxillaires[6].
    c) Il est important de déterminer si la dent blessée est une dent de lait ou une dent définitive, car cela influera sur la prise en charge, surtout si la dent est avulsée, c'est-à-dire complètement délogée de l'alvéole (annexe 2). L'âge du patient permet généralement de s'en faire une idée (tableau 1), mais on peut aussi demander aux parents si leur enfant a déjà perdu des dents de lait[6]. Les incisives primaires sont beaucoup plus petites que les dents définitives[6].

25. En cas d'avulsion d'une dent définitive, le taux de réussite de la réimplantation dépend du temps écoulé depuis l'avulsion. La probabilité de guérison complète est assez élevée si la dent est réimplantée dans les cinq minutes qui suivent; toutefois, les résultats restent favorables si la dent est réimplantée dans les 15 à 20 minutes suivantes. La survie parodontale est impossible si l'avulsion de la dent a eu lieu depuis plus de 60 minutes[38].

Prothèses dentaires

26. À mesure que notre population vieillit, le nombre de personnes qui perdent des dents et portent des prothèses dentaires augmente[34,35]. La salive est essentielle pour assurer la retenue, la stabilité et le confort dans le port des prothèses. Environ 20 à 30 % de personnes âgées de 65 ans et plus sont atteintes de xérostomie, bien que cette proportion augmente et dépasse 55 % chez les personnes atteintes d'une maladie systémique. La quantité insuffisante de salive peut causer des lésions dentaires douloureuses et, ainsi, nuire à l'alimentation et à l'élocution[34,35].

27. Les méthodes de prise en charge de la xérostomie chez les porteurs de prothèses dentaires sont notamment les suivantes :
    a) Un contrôle régulier visant à assurer la retenue des prothèses et à prévenir et traiter les lésions dentaires avant qu'elles ne s'aggravent et ne nécessitent une excision chirurgicale[34,35].
    b) L'utilisation d'adhésifs dentaires. Bien que les données probantes justifiant leur utilisation soient insuffisantes, les adhésifs dentaires sont « acceptables et, parfois, nécessaires[34] ».
    c) L'utilisation de substituts salivaires, de salive artificielle et de compléments salivaires. Les prothèses dentaires peuvent être aspergées de salive artificielle avant leur mise en place et pendant les repas[34]. La combinaison de salive artificielle et d'un adhésif pour prothèses dentaires est apparemment efficace[35].
    d) L'apport accru en liquides, en particulier en eau, pendant les repas[34].

SANTÉ BUCCALE : PRÉVENTION

28. Les conseils en matière de santé bucco-dentaire concernent l'alimentation saine, l'hygiène bucco-dentaire régulière, l'abandon du tabagisme et la fluoration[5].

Nettoyage

29. Les parents doivent commencer à nettoyer la bouche de leurs enfants avant même qu'ils aient des dents. Il faut nettoyer soigneusement les gencives et les dents à l'aide d'une brosse douce pour bébé ou d'un gant de toilette propre et humide enroulé sur un doigt[39].

30. Une fois que les dents ont percé, le brossage doit être effectué deux fois par jour :
    a) Enfants de moins de 3 ans : les parents doivent utiliser une brosse à dents souple et de l'eau, ou bien l'équivalent d'un grain de riz de dentifrice au fluor, en cas de risque élevé de caries (Renseignements généraux, points 15, 16).
    b) Enfants de 3 à 6 ans : les parents doivent aider l'enfant à se brosser les dents jusqu'à ce qu'il ait la dextérité requise. Par la suite, une surveillance occasionnelle est recommandée[28,39].

31. Il est recommandé aux parents d'utiliser la soie dentaire lorsque les dents des enfants commencent à se toucher[28,39], ou lorsqu'il y a des restes de nourriture visibles entre les dents.

Visites chez le dentiste

32. Les enfants qui ont été amenés en bas âge à titre préventif chez le dentiste étaient plus susceptibles de recourir ultérieurement à des services préventifs[7]. Le premier examen dentaire d'un enfant est recommandé dans les 6 mois suivant l'apparition de la première dent et au plus tard à l'âge de 12 mois[28,40].

Fluorure

33. L'eau fluorée est la méthode la plus efficace et la moins coûteuse de prévention des caries[30]. Au Canada, la concentration optimale de fluorure dans l'eau potable est de 0,7 ppm (maximum de 1,5 ppm). La concentration optimale de fluor doit tenir compte du fluorure provenant d'autres sources (p. ex., dentifrice ou rince-bouche)[41].
    a) Seulement 38,7 % des collectivités canadiennes disposent d'eau fluorée. Bien que la proportion totale à l'échelle du pays ait légèrement augmenté depuis 2012 (par rapport à 37,4 %), on constate un déclin de la fluoration de l'eau dans la majorité des provinces et territoires[42].
    b) Le risque de fluorose dentaire, une affection courante causée par un apport excessif de fluorure, est faible. Le fluorure est une cause intrinsèque de décoloration dentaire (encadré 1). La fluorose n'affecte pas les dents adultes déjà sorties. D'après l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), 16 % des enfants peuvent être atteints d'une forme très légère ou légère de fluorose (taches blanches sur les dents adultes), qui ne se manifeste que par une défectuosité esthétique. L'enquête a révélé que le nombre d'enfants atteints de fluorose modérée ou grave (coloration brune et cavité) était trop faible pour être rapporté[41].
    c) Bien que des études observationnelles aient montré que la fluoration de l'eau peut réduire la prévalence des caries pendant l'enfance et leur gravité[43-47], l'efficacité de la fluoration de l'eau n'a pas été validée par des études à répartition aléatoire[48].

34. Le fluor est présent naturellement dans l'environnement, et les eaux souterraines peuvent contenir des concentrations de fluor supérieures à la concentration optimale. Les personnes qui tirent leur eau d'un puits privé ont la responsabilité de la faire analyser et de savoir à quelle concentration de fluorure elles sont exposées[41,49]. Les parents qui alimentent principalement leurs nourrissons avec des préparations en poudre ou des préparations liquides concentrées et qui vivent dans des régions où les concentrations de fluorure sont supérieures aux seuils recommandés doivent envisager d'autres types de préparations (p. ex., utiliser une préparation prête à l'emploi ou ajouter de l'eau sans fluorure pour reconstituer une préparation liquide concentrée ou en poudre)[49]. L'eau en bouteille contient des quantités variables de fluorure[50].

35. Les suppléments de fluor (p. ex., comprimés à croquer, pastilles, gouttes) ne sont pas recommandés au grand public, bien qu'ils puissent être appropriés pour les enfants présentant un risque élevé de carie dentaire, qui vivent dans des collectivités où l'eau n'est pas fluorée[50]. Il faut évaluer de façon précise la consommation totale de fluorure d'un patient avant de lui prescrire des suppléments ou de l'exposer davantage au fluorure[28,49]. Les dentistes peuvent vous aider dans cette démarche.

36. Les produits topiques à base de fluor tels que les gels et les vernis sont un moyen efficace de prévenir les caries et de les prendre en charge en ne traitant que l'émail[25]. Dans certaines provinces canadiennes, les vernis de fluor sont offerts par l'entremise d'écoles, de centres de santé communautaire et de cliniques dentaires – les programmes ciblent principalement les populations à risque élevé[51].

INTERVENTIONS DENTAIRES : ASPECTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION CONCERNANT LES MÉDICAMENTS

Anticoagulants

37. La prise d'un anticoagulant au moment d'interventions dentaires peu effractives est un sujet qui « suscite encore un certain malaise chez les dentistes ». La poursuite de l'anticoagulation comporte un risque de saignement. Il convient de soupeser ce risque avec la possibilité d'événements thromboemboliques en cas d'arrêt de l'anticoagulation[52].

38. Une revue systématique (10 études comparatives randomisées, n = 1 331) n'a relevé que deux études faisant état d'une hausse statistiquement significative des saignements : une a montré une hausse du taux de saignement avec l'anticoagulothérapie de relais par l'héparine de faible poids moléculaire; l'autre a montré une hausse des taux de saignement léger dans le groupe ayant reçu un antagoniste de la vitamine K (AVK) comparativement à l'absence d'anticoagulation. Les auteurs ont conclu que si le RIN est dans la plage thérapeutique et que des mesures hémostatiques locales sont effectuées chez le dentiste (p. ex., compression avec une gaze, suture, cautérisation, colle de fibrine), la poursuite des AVK ou des anticoagulants oraux directs (AOD) ne comporte aucun effet indésirable dans le contexte des interventions dentaires à faible risque[53].
    Remarque : La warfarine était le principal agent étudié. Seule une étude portait sur les AOD.

39. Un article de synthèse portant spécifiquement sur les AOD (cinq études : deux séries de cas, une étude rétrospective, deux études prospectives) a montré que les taux de saignement étaient faibles peu importe si l'AOD a été arrêté ou non dans le contexte des interventions dentaires à faible risque. Les auteurs ont noté que le nombre de patients était faible et que le traitement AOD variait selon les études[54].

40. D'après la recommandation de Thrombose Canada, les patients devant subir des interventions dentaires « mineures » (annexe 3) peuvent poursuivre sans danger leur traitement par la warfarine, et à propos de l'utilisation des AOD, « il est probablement sans danger de ne pas interrompre l'anticoagulation… mais des données à l'appui d'une telle pratique sont manquantes[55,56] ».

41. En raison du nombre significatif d'interactions médicamenteuses possibles avec la warfarine (p. ex., antibiotiques, analgésiques), tous les patients prenant de la warfarine auxquels une pharmacothérapie de plus d'une journée a été prescrite après une intervention dentaire doivent passer un examen de surveillance du RIN dans les deux à trois jours suivant le début de ce traitement[52].

Remarque : Voir l'annexe 3 pour obtenir un formulaire à remplir et à envoyer à un dentiste concernant les patients sous anticoagulation.

Bisphosphonates

42. Les lignes directrices indiquent que si un bisphosphonate oral est pris depuis trois ans ou moins, il est inutile de l'arrêter avant de subir des interventions dentaires, à moins que le patient prenne aussi des stéroïdes. Si le patient prend des stéroïdes avec le bisphosphonate, ou qu'il prend le bisphosphonate depuis plus de trois ans, il faudrait envisager une fenêtre thérapeutique de trois mois dans le cas du bisphosphonate, ou jusqu'à ce que la guérison osseuse se soit produite après l'intervention. Ces recommandations sont fondées sur des données probantes de faible qualité. Pour ce qui est des bisphosphonates par voie intraveineuse, les décisions doivent être prises conjointement avec le médecin ayant prescrit ce traitement[57].

Médicaments à base de plantes

43. De nombreux médicaments à base de plantes possèdent des propriétés antithrombotiques et peuvent aussi interagir avec des médicaments souvent utilisés en médecine dentaire, bien que les données portant sur des études *in vivo* soient limitées. Il est important de s'enquérir auprès des patients au sujet de leur utilisation de suppléments à base de plantes médicinales ci-dessous, et de leur conseiller de les arrêter quelques jours avant les interventions dentaires :
    - Suppléments pouvant faire l'objet d'interactions médicamenteuses : millepertuis, valériane.
    - Suppléments dotés de propriétés antithrombotiques : aloès, onagre, ail, ginkgo, curcuma[58-60].

Prophylaxie antibiotique

44. D'après les lignes directrices[61-63], y compris celles de l'Association dentaire canadienne[64], la prophylaxie antibiotique ne doit pas être recommandée systématiquement. Elle doit être réservée aux patients présentant le risque le plus élevé d'endocardite infectieuse (annexe 3) qui doivent subir des interventions dentaires exigeant la manipulation de la région gingivale ou périapicale de la dent, ou une perforation de la muqueuse buccale. La prophylaxie antibiotique systématique n'est plus nécessaire pour les patients devant subir une arthroplastie totale ou l'implantation de broches orthopédiques, de plaques et de vis[65].

Remarque : Voir l'annexe 3 pour obtenir un formulaire à remplir et à envoyer à un dentiste concernant les patients ayant besoin (et n'ayant pas besoin) d'une prophylaxie antibiotique. Le formulaire présente également les posologies d'antibiotiques fréquemment utilisées à des fins prophylactiques.

POINTS CLÉS

- La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé et du bien-être général, mais il existe d'importantes inégalités en matière de soins bucco-dentaires au Canada.
- La santé bucco-dentaire semble avoir une incidence sur diverses maladies chroniques, et de nombreux médicaments et affections ont des effets sur les dents et la cavité buccale.
- Il est important de détecter les caries de la petite enfance car les parents ne reconnaissent pas toujours ce problème et ses importantes répercussions.
- Les traumatismes dentaires sont courants et doivent être pris en charge à temps afin d'obtenir des résultats de santé satisfaisants, notamment en cas d'avulsions et de fractures.
- La sécheresse buccale est un effet secondaire fréquent de nombreux médicaments, et une cause fréquente de caries chez l'adulte.
- Les patients portant des prothèses dentaires ont besoin d'une évaluation régulière de leur santé buccale.
- La plupart des interventions dentaires n'exigent pas l'interruption de l'anticoagulation.
- La prophylaxie antibiotique n'est requise que chez les patients présentant le risque le plus élevé d'endocardite infectieuse, et seulement dans le contexte de certaines interventions dentaires.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Harpreet, âgée de 12 mois

Quels sont les facteurs de risque de caries de la petite enfance de Harpreet, et quels conseils préventifs donneriez-vous à Gurleen?

Les facteurs de risque de carie de la petite enfance chez Harpreet comprendraient (Renseignements généraux, points 15, 16) :

- Statut de nouveaux immigrants.
- Un biberon avant de se coucher et pendant la nuit.
- Jus de fruits d'une bouteille entre le repas et au coucher.
- Plaque dentaire visible sur ses dents.

Il serait important de vous enquérir de la santé buccale de Gurleen : toute carie active au cours des 12 derniers mois serait également un facteur de risque de carie de la petite enfance chez Harpreet (Renseignements généraux, point 15 b).

Vous pourriez conseiller à Gurleen :

- d'arrêter les biberons à l'heure du coucher/pendant la nuit (Renseignements généraux, point 16);
- de surveiller l'apparition de caries et de plaques : rechercher les taches blanches ou brunes opaques (Renseignements généraux, point 17) ou la présence, sur une dent, d'une pellicule blanche qu'il est possible d'enlever par grattage;
- de brosser les dents et les gencives de Harpreet avec une brosse à dent souple deux fois par jour, le matin et après le biberon du soir. Elle devrait utiliser une quantité minime (de la taille d'un grain de riz) de dentifrice fluoré, car Harpreet présente un risque élevé de carie (Renseignements généraux, points 29, 30);
- de prendre rendez-vous pour la visite dentaire de Harpreet à 12 mois (Renseignements généraux, point 32). Si la famille n'a pas d'assurance privée, vous pourriez lui expliquer comment se prévaloir des programmes dentaires destinés aux enfants dans votre province ou territoire (Renseignements généraux, points 2, 3).

Il serait important de vérifier leur source d'eau (en bouteille ou du robinet), et de savoir si l'eau de leur collectivité est fluorée

(Renseignements généraux, point 33). L'eau en bouteille contient des quantités variables de fluorure (Renseignements généraux, point 34). S'il s'avérait qu'ils obtiennent leur eau d'un puits privé, il faudrait leur conseiller de faire tester l'eau du puits au cas où la concentration de fluor serait au-dessus de la concentration optimale (Renseignements généraux, point 34).

S'ils boivent de l'eau non fluorée de la collectivité, il serait possible d'envisager l'ajout de gouttes de supplément de fluor, car Harpreet présente un risque de carie dentaire. Son apport total en fluor devrait auparavant faire l'objet d'un examen approfondi par un dentiste ayant pris connaissance des concentrations de fluor dans la collectivité (Renseignements généraux, point 35). Si la famille de Gurleen n'a pas de dentiste, elle devrait pouvoir se procurer de l'information sur la fluoration de l'eau en consultant le site Web de leur municipalité.

Deuxième partie – trois mois plus tard

Quels conseils donneriez-vous à Gurleen aujourd'hui?

La coloration brune indique la présence de caries dentaires (encadré 1) et il faudrait demander à Gurleen si Harpreet a pu consulter un dentiste comme cela avait été recommandé à la dernière visite.

Un vernis au fluor (appliqué tous les 6 à 12 mois) pourrait être une bonne option pour Harpreet (Renseignements généraux, point 36), selon la présence ou l'absence d'eau fluorée dans leur région (Renseignements généraux, points 33, 34).

En ce qui concerne la suppression du biberon au coucher, vous pourriez suggérer de réduire progressivement la quantité de lait en y rajoutant de l'eau. Elle devrait également essayer de réduire l'apport en sucres cachés (Renseignements généraux, point 16) dans les vitamines gélifiées ou la compote de pomme, par exemple.

Enfin, il serait important d'insister sur la nécessité d'un brossage régulier (Renseignements généraux, points 29, 30).

Troisième partie – huit ans plus tard

Quelle serait votre approche pour l'évaluation et la prise en charge de Harpreet à ce stade?

Il faudrait commencer par évaluer la dent douloureuse (Renseignements généraux, points 23, 24; annexe 2) :

- S'agit-il d'une dent de lait ou d'une dent définitive?
- La dent est-elle ébréchée, déchaussée ou manquante?
- Combien de temps s'est écoulé depuis l'incident?

L'état de la dent dictera la suite de la prise en charge et l'opportunité d'une consultation dentaire urgente (annexe 2). Compte tenu de l'âge de Harpreet, il est probable qu'elle ait encore des dents de lait en plus des dents définitives (tableau 1). La taille de la dent déplacée est un indice utile : les dents de lait incisives sont beaucoup plus petites que les dents définitives (Renseignements généraux, point 24c).

Si Harpreet a subi l'avulsion d'une dent définitive (déplacement complet), les mesures suivantes seraient indiquées (annexe 2) :

- Manipuler la dent par la couronne et non par la racine.
- Laver soigneusement la dent brièvement à l'eau froide et la repositionner dans sa bouche si possible. Ne pas frotter la dent.
- Demander à Harpreet de mordre délicatement sur une débarbouillette pour essayer de maintenir la dent en place.
- Si vous ne pouvez pas repositionner la dent, il faudrait la placer dans du lait pasteurisé froid pour le transport. S'il n'y a pas de lait, la salive de Harpreet (prélevée dans un gobelet) peut être utilisée à la place.
- Conseillez à Gurleen d'emmener Harpreet chez le dentiste immédiatement, car le taux de réussite de la réimplantation dépend du temps écoulé depuis l'avulsion (Renseignements généraux, point 25). Cela pourrait demander une certaine coordination auprès de prestataires de services locaux, soit un cabinet dentaire local, soit aux urgences.

Cas numéro 2 : Jean, âgé de 56 ans

Que rechercheriez-vous à l'examen physique?

Il serait utile d'évaluer (annexe 2) :

- Sa température corporelle et son aspect général.
- L'enflure : mobile ou non mobile. L'enflure d'une masse mobile se prêterait à une incision avec drainage (Renseignements généraux, point 21).
- Toute sensation de chaleur et/ou tout érythème de la peau.
- L'aspect de ses gencives : toute inflammation ou saignement.
- Tout écoulement purulent.

Deuxième partie

Comment prendriez-vous en charge Jean aujourd'hui?

Il faudrait instaurer une antibiothérapie par voie orale (Renseignements généraux, point 20; annexe 1) et conseiller à Jean de voir un dentiste le plus tôt possible. Il serait important de discuter de ses moyens financiers et des programmes auxquels il pourrait avoir recours (Renseignements généraux, points 1-3). Il existe dans de nombreuses collectivités des cabinets dentaires qui proposent des tarifs réduits.

Il faudrait encourager Jean à passer des analyses de laboratoire pour évaluer son diabète et ses taux de cholestérol, et à faire un suivi avec vous pour passer en revue ses résultats.

Troisième partie – trois mois plus tard

Quels conseils donneriez-vous à Jean?

Bien que les données probantes à ce sujet soient limitées (Renseignements généraux, point 7), vous devriez discuter avec Jean du lien possible entre la santé buccale et la santé générale : une meilleure santé buccale pourrait contribuer à améliorer la maîtrise de son diabète, et une meilleure maîtrise de son diabète pourrait à son tour ralentir l'évolution de sa maladie parodontale et réduire son risque de déchaussement de dents (Renseignements généraux, points 8, 9). Une meilleure maîtrise du diabète pourrait aussi améliorer sa fonction rénale, laquelle a été associée aux maladies parodontales.

Certaines entrevues motivationnelles contribueront à souligner l'importance de son observance du suivi. Veuillez consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Entrevue motivationnelle » (mai 2011) disponible au https://members.fmpe.org/.

Cas numéro 3 : Fiona, âgée de 79 ans

Que répondriez-vous à Fiona et à son dentiste?

Il ne serait pas nécessaire d'arrêter la warfarine si Fiona doit subir une intervention à faible risque, mais il serait important de mesurer son RIN avant l'intervention (Renseignements généraux, points 38, 40; annexe 3). Il ne serait pas nécessaire d'arrêter le bisphosphonate compte tenu de la durée depuis laquelle elle suit ce traitement (Renseignements généraux, point 42). Elle aurait besoin d'antibiotiques prophylactiques, car elle est porteuse d'une valve mécanique (Renseignements généraux, point 44; annexe 3). Vous pourriez remplir le formulaire à l'annexe 3 et l'envoyer à son dentiste.

Il faudrait conseiller à Fiona d'éviter la prise de suppléments à base d'herbes médicinales avant l'extraction (Renseignements généraux, point 43).

Deuxième partie – trois mois plus tard

Comment prendriez-vous en charge Fiona à ce stade?

Comme la salive est importante pour créer l'effet de succion permettant aux prothèses dentaires de rester en place (Renseignements généraux, point 26), il serait essentiel de s'attaquer aux problèmes liés à la sécheresse buccale de Fiona, lesquels sont le plus probablement causés par l'amitriptyline (Renseignements généraux, point 19; tableau 2). Vous pourriez envisager d'arrêter ce médicament, si possible, ou lui conseiller d'utiliser des vaporisateurs ou d'autres méthodes d'hydratation (Renseignements généraux, point 27).

Vous pourriez également l'aider à choisir les meilleurs adhésifs qui permettront de maintenir sa prothèse dentaire en place et

l'inciter à surveiller l'apparition de plaies, d'ulcères et d'infections. Elle devrait effectuer un suivi auprès de son dentiste ou de son prothésiste dentaire, car il y aurait peut-être lieu d'ajuster ses prothèses (Renseignements généraux, point 27).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback.**

Auteure :
Loredana Di Santo, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Maple, Ontario

Réviseurs :
Maryam Amin, DMD, M. Sc., Ph. D.
Professeure, division de dentisterie pédiatrique
Professeure associée, division de la mobilisation communautaire
Directrice, programme d'études supérieures, dentisterie
Directrice, unité de recherche en santé buccale de la population et des collectivités, Université de l'Alberta.
Edmonton, Alberta

Keith Da Silva, DDS, M. Sc., Cert. Dentisterie pédiatrique, FRCD(C) (Dentisterie pédiatrique, santé publique dentaire)
Professeur adjoint, santé publique dentaire, dentisterie pédiatrique
Directeur, programme de baccalauréat en sciences dentaires
Saskatoon, Saskatchewan

Rédacteur médical en chef :
Haider Saeed, M.D., M. Sc., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/Coordonnatrice, Développement des modules :
Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Coordonnateur, Développement des modules :
Brian Thode, B.A., M.A.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Carol Geller (Ottawa, Ontario), Elisabeth Gold (Halifax, Nouvelle-Écosse) et Dawid Martyniak (London, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Heather Taylor (Calgary, Alberta), Jose Villeda (Carman, Manitoba) et Anita Wong (Langley, Colombie-Britannique) qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Loredana Di Santo, Maryam Amin, Keith Da Silva, Haider Saeed et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2020.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude sont peu susceptibles d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des preuves appuyant une question spécifique est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé (s'il est disponible).

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Canadian Dental Association. Laws, regulations and guidelines in health care. https://www.cda-adc.ca/en/services/internationallytrained/laws/.
2. Quinonez C, Figueiredo R, Azarpazhooh A, Locker D. Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38:152-8. PMID 20447197
3. Canadian Dental Association. The State of Oral Health in Canada. 2017.
4. Canadian Association of Public Health Dentistry. Government dental programs. http://www.caphd.ca/programs-and-resources/government-dental-programs.
5. Stephens MB, Wiedemer JP, Kushner GM. Dental Problems in Primary Care. *Am Fam Physician.* 2018;98:654-60. PMID 30485039
6. Keels MA, Section on Oral Health AAoP. Management of dental trauma in a primary care setting. *Pediatrics.* 2014;133:e466-76. PMID 24470646
7. Rowan-Legg A, Canadian Paediatric Society CPC. Oral health care for children - a call for action. *Paediatrics & Child Health.* 2013;18:37-50. PMID 24381493
8. Kane SF. The effects of oral health on systemic health. *Gen Dent.* 2017;65:30-4. PMID 29099363

9. Winning L, Linden GJ. Periodontitis and Systemic Disease: Association or Causality? *Current Oral Health Reports.* 2017;4:1-7. PMID 28303212
10. Kumar M, Mishra L, Mohanty R, Nayak R. "Diabetes and gum disease: the diabolic duo". *Diabetes & Metabolic Syndrome.* 2014;8:255-8. PMID 25450824
11. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia.* 2012;55:21-31. PMID 22057194
12. Lee KS, Kim EK, Kim JW, et al. The relationship between metabolic conditions and prevalence of periodontal disease in rural Korean elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2014;58:125-9. PMID 24075494
13. Apoorva SM, Sridhar N, Suchetha A. Prevalence and severity of periodontal disease in type 2 diabetes mellitus (non-insulin-dependent diabetes mellitus) patients in Bangalore city: An epidemiological study. *Journal of Indian Society of Periodontology.* 2013;17:25-9. PMID 23633768
14. Teshome A, Yitayeh A. The effect of periodontal therapy on glycemic control and fasting plasma glucose level in type 2 diabetic patients: systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2016;17:31. PMID 27473177
15. Stewart R, West M. Increasing Evidence for an Association Between Periodontitis and Cardiovascular Disease. *Circulation.* 2016;133:549-51. PMID 26762522
16. Ryden L, Buhlin K, Ekstrand E, et al. Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction: A Report From the PAROKRANK Study. *Circulation.* 2016;133:576-83. PMID 26762521
17. Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Tamsailom S, et al. Periodontitis as the risk factor of chronic kidney disease: Mediation analysis. *Journal of Clinical Periodontology.* 2019;46:631-9. PMID 30993705
18. Deschamps-Lenhardt S, Martin-Cabezas R, Hannedouche T, Huck O. Association between periodontitis and chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2019;25:385-402. PMID 29377446
19. Manger D, Walshaw M, Fitzgerald R, et al. Evidence summary: the relationship between oral health and pulmonary disease. *Br Dent J.* 2017;222:527-33. PMID 28387268
20. Zeng XT, Tu ML, Liu DY, Zheng D, Zhang J, Leng W. Periodontal disease and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of observational studies. *PloS One.* 2012;7:e46508. PMID 23094025
21. Tavares M, Lindefjeld Calabi KA, San Martin L. Systemic diseases and oral health. *Dent Clin North Am.* 2014;58:797-814. PMID 25201543
22. Boquete-Castro A, Gomez-Moreno G, Calvo-Guirado JL, Aguilar-Salvatierra A, Delgado-Ruiz RA. Denosumab and osteonecrosis of the jaw. A systematic analysis of events reported in clinical trials. *Clinical Oral Implants Research.* 2016;27:367-75. PMID 25639776
23. Scannapieco FA. Systemic effects of periodontal diseases. *Dent Clin North Am.* 2005;49:533-50, vi. PMID 15978240
24. Pierce A, Singh S, Lee J, Grant C, Cruz de Jesus V, Schroth RJ. The Burden of Early Childhood Caries in Canadian Children and Associated Risk Factors. *Frontiers in Public Health.* 2019;7:328. PMID 31781530
25. Laudenbach JM, Simon Z. Common dental and periodontal diseases: evaluation and management. *Med Clin North Am.* 2014;98:1239-60. PMID 25443675
26. Douglass JM, Clark MB. Integrating Oral Health Into Overall Health Care to Prevent Early Childhood Caries: Need, Evidence, and Solutions. *Pediatr Dent.* 2015;37:266-74. PMID 26063555
27. Kirthiga M, Murugan M, Saikia A, Kirubakaran R. Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. *Pediatr Dent.* 2019;41:95-112. PMID 30992106
28. Rourke L. Rourke Baby Record: Evidence summary. 2017. http://www.rourkebabyrecord.ca/evidence.
29. Kanchan T, Machado M, Rao A, Krishan K, Garg AK. Enamel hypoplasia and its role in identification of individuals: A review of literature. *Indian Journal of Dentistry.* 2015;6:99-102. PMID 26097340
30. Sedrak MM, Doss LM. Open Up and Let Us In: An Interprofessional Approach to Oral Health. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65:91-103. PMID 29173722
31. Li Y, Wang W. Predicting caries in permanent teeth from caries in primary teeth: an eight-year cohort study. *J Dent Res.* 2002;81:561-6. PMID 12147748
32. Jordan AR, Becker N, Johren HP, Zimmer S. Early Childhood Caries and Caries Experience in Permanent Dentition: A 15-year Cohort Study. *Swiss Dental Journal.* 2016;126:114-9. PMID 26915485
33. Ibiyemi O, Taiwo JO. Psychosocial aspect of anterior tooth discoloration among adolescents in igbo-ora, southwestern Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine.* 2011;9:94-9. PMID 25161491
34. Turner M, Jahangiri L, Ship JA. Hyposalivation, xerostomia and the complete denture: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:146-50. PMID 18245681
35. Anil S, Vellappally S, Hashem M, Preethanath RS, Patil S, Samaranayake LP. Xerostomia in geriatric patients: a burgeoning global concern. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry.* 2016;7:5-12. PMID 25175324
36. Lockhart PB, Tampi MP, Abt E, et al. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal- and periapical-related dental pain and intraoral swelling: A report from the American Dental Association. *J Am Dent Assoc.* 2019;150:906-21 e12. PMID 31668170
37. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. *Management of Acute Dental Problems. Guidance for Healthcare Professionals* 2013.
38. Trope M. Avulsion of permanent teeth: theory to practice. *Dental Traumatology : Official Publication of International Association for Dental Traumatology.* 2011;27:281-94. PMID 21635689

39. Canadian Dental Association. Cleaning teeth. http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care_children/cleaning.asp.

40. Canadian Dental Association. Your child's first visit. http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care_children/first_visit.asp

41. Health Canada. Fluoride and oral health. 2017. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/healthy-living/your-health/environment/fluorides-human-health.html.

42. Public Health Agency of Canada. The state of community water fluoridation across Canada. 2017. https://www.canada.ca/en/services/health/publications/healthy-living/community-water-fluoridation-across-canada-2017.html.

43. Spencer AJ, Do LG, Ha DH. Contemporary evidence on the effectiveness of water fluoridation in the prevention of childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46:407-15. PMID 29869803

44. Sanders AE, Grider WB, Maas WR, Curiel JA, Slade GD. Association Between Water Fluoridation and Income-Related Dental Caries of US Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics.* 2019;173:288-90. PMID 30688985

45. Kim HN, Kong WS, Lee JH, Kim JB. Reduction of Dental Caries Among Children and Adolescents From a 15-Year Community Water Fluoridation Program in a Township Area, Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019;16. PMID 30979043

46. Nor NAM, Chadwick BL, Farnell D, Chestnutt IG. The prevalence of enamel and dentine caries lesions and their determinant factors among children living in fluoridated and non-fluoridated areas. *Community Dental Health.* 2019;36:229-36. PMID 31437389

47. Schluter PJ, Hobbs M, Atkins H, Mattingley B, Lee M. Association Between Community Water Fluoridation and Severe Dental Caries Experience in 4-Year-Old New Zealand Children. *JAMA Pediatrics.* 2020. PMID 32716488

48. Aoun A, Darwiche F, Al Hayek S, Doumit J. The Fluoride Debate: The Pros and Cons of Fluoridation. *Preventive Nutrition and Food Science.* 2018;23:171-80. PMID 30386744

49. Canadian Dental Association. CDA Position on the use of fluorides in caries pevention. 2012. https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/fluoride/.

50. American Dental Association. Fluoride: Topical and systemic supplements. 2019. https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/fluoride-topical-and-systemic-supplements.

51. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). *CADTH Technology Review. Community Water Fluoridation Programs: A health Technology Assessment - Implemention and Analysis*2019.

52. Kaplovitch E, Dounaevskaia V. Treatment in the dental practice of the patient receiving anticoagulation therapy. *J Am Dent Assoc.* 2019;150:602-8. PMID 31109636

53. Chahine J, Khoudary MN, Nasr S. Anticoagulation Use prior to Common Dental Procedures: A Systematic Review. *Cardiol Res Pract.* 2019;2019:9308631. PMID 31275643

54. Lusk KA, Snoga JL, Benitez RM, Sarbacker GB. Management of Direct-Acting Oral Anticoagulants Surrounding Dental Procedures With Low-to-Moderate Risk of Bleeding. *J Pharm Pract.* 2018;31:202-7. PMID 28506106

55. Thrombosis Canada. Warfarin: Peri-operative management. 2017. http://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2017/06/14.-Warfarin-Peri-Operative-2017May24-Final-1.pdf.

56. Thrombosis Canada. NOACS/DOACS*: Peri-operative Management. 2017. http://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2017/03/22_NOACs-DOACs-Peri-Operative-Management_2017Mar14.pdf.

57. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw—2009 Update. 2009. https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2017/07/bonj_aaoms_statement.pdf.

58. Abebe W. Review of herbal medications with the potential to cause bleeding: dental implications, and risk prediction and prevention avenues. *The EPMA Journal.* 2019;10:51-64. PMID 30984314

59. Donaldson M, Touger-Decker R. Dietary supplement interactions with medications used commonly in dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2013;144:787-94. PMID 23813259

60. Radler DR. Dietary supplements: clinical implications for dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:451-5. PMID 18385029

61. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *European Heart Journal.* 2015;36:3075-128. PMID 26320109

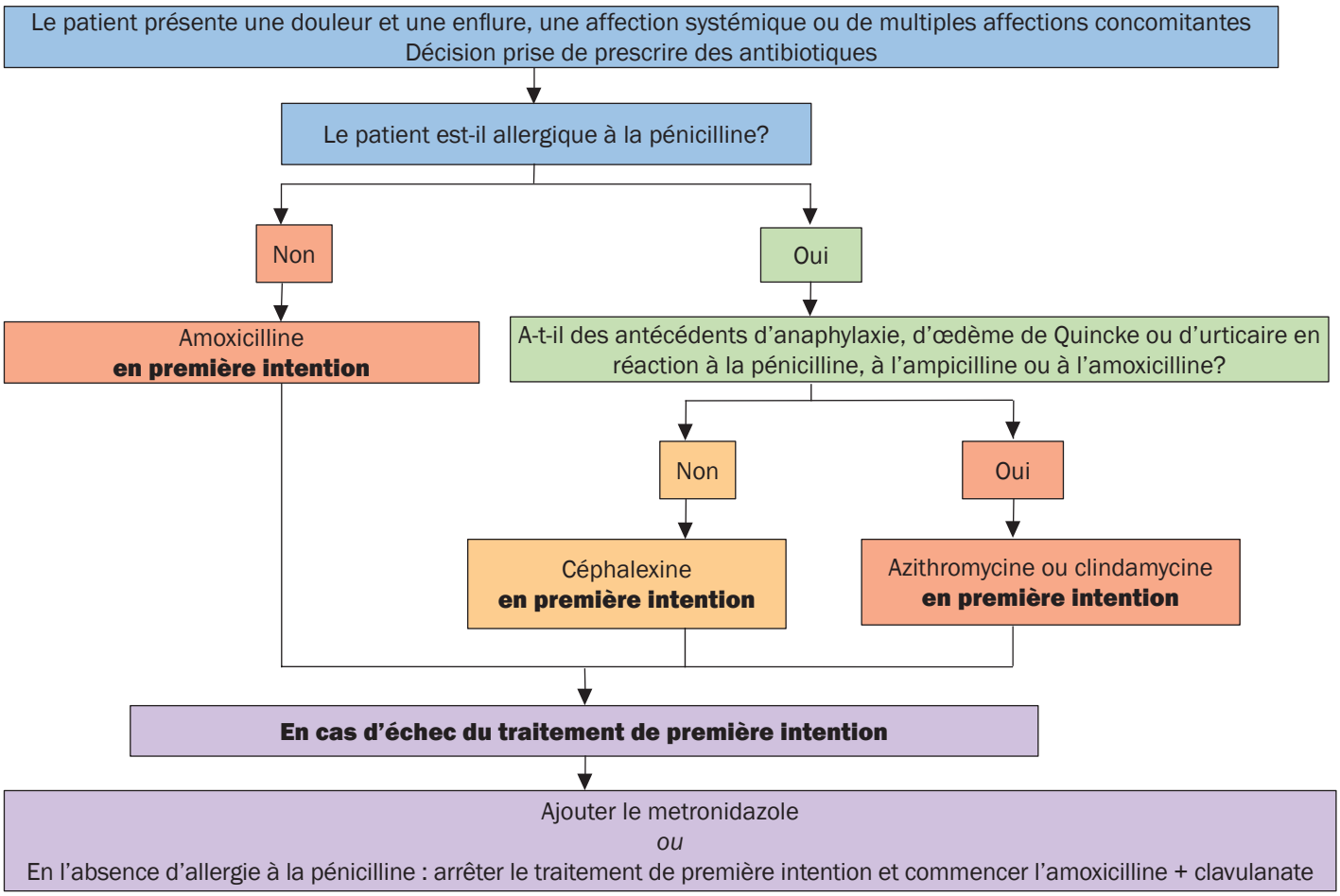
62. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Prophylaxis Against Infective Endocarditis: Antimicrobial Prophylaxis Against Infective Endocarditis in Adults and Children Undergoing Interventional Procedures. Clinical Guideline [CG64]* 2016.

63. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation.* 2015;132:1435-86. PMID 26373316

64. Canadian Dental Association. CDA position on prevention of infective endocarditis. 2014. https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/infectiveendocarditis/.

65. Canadian Dental Association. Dental Patients with total joint replacement. 2016. https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/jointreplacement/.

ANNEXE 1. Antibiotiques par voie orale pour les infections dentaires



Posologies et durée

Antibiotique par voie orale	Dose et durée		
	Adultes	Enfants	Durée
Amoxicilline	500 mg 3 f.p.j.	• Pesant < 40 kg : 20-40 mg/kg/jour en doses fractionnées 3 f.p.j. (max : 500 mg/dose) ou 25-45 mg/kg en doses fractionnées 2 f.p.j. (max : 875 mg/dose) • Pesant > 40 kg : 250-500 mg 3 f.p.j. ou 500-875 mg 2 f.p.j.	5-7 jours
Céphalexine	500 mg 4 f.p.j.	• > 1 an : 25-50 mg/kg/jour en doses fractionnées 3-4 f.p.j. (max : 4 g/jour)	5-7 jours
Azithromycine	Jour 1 : 500 mg Jours 2-5 : 250 mg	• ≥ 6 mois à 16 ans : • Jour 1 : 5-12 mg/kg, une seule dose (max : 500 mg/jour) • Jours 2-5 : 5-6 mg/kg une fois par jour	5 jours
Clindamycine	300 mg 4 f.p.j.	• 8-20 mg/kg/jour en doses fractionnées 3-4 f.p.j. (chlorhydrate, gélule) • 8-25 mg/kg/jour en doses fractionnées 3-4 f.p.j. (palmitate, suspension)	5-7 jours
Métronidazole (d'appoint)	500 mg 3 f.p.j.	• 15-50 mg/kg/jour en doses fractionnées 3 f.p.j.	7 jours
Amoxicilline + clavulanate	500/125 mg 3 f.p.j.	Préparation 4:1 (amoxicilline/clavulanate à 125/31,25, 250/62,5; 500/125) • Amoxicilline à 20-40 mg/kg/jour en doses fractionnées 3 f.p.j. (suspension)	7 jours

Sources : 1) Lockhart PB, Tampi MP, Abt E, et al. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal- and periapical-related dental pain and intraoral swelling: A report from the American Dental Association. *J Am Dent Assoc.* Nov 2019;150(11):906-921 e912.; **2)** American Academy of Pediatric Dentistry. Useful medications for oral conditions. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/r_usefulmeds.pdf.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Situations dentaires fréquentes

Affection	Signes/symptômes	Prise en charge*
Douleur dentaire	Douleur et enflure localisées Possiblement due à un traumatisme, à une carie dentaire, à l'éruption d'une dent de sagesse à l'adolescence	Analgésiques** Évaluer la nécessité d'antibiotiques en cas d'abcès ou de cellulite faciale Orienter chez un dentiste
Commotion d'une dent	Sensibilité à la pression occlusale ou à la palpation d'une dent Aucun signe de déplacement	Analgésiques** Aliments mous pendant 10 jours Guérit souvent sans autres complications Conseiller aux parents de rechercher les signes de nécrose pulpaire possible (parulie/abcès gingival, dent grise) Orienter chez un dentiste
Subluxation	Déchaussement sans déplacement Saignement de la région entre les dents et autour des gencives	
Luxation	Déplacement de la dent de sa position normale : • Déplacement latéral : le plus souvent en direction palatale/linguale (peut être mobile ou fixe en position déplacée) • Déplacement extrusif : déplacement vertical partiel en dehors de l'alvéole dentaire • Déplacement intrusif : déplacement dans l'alvéole dentaire (la dent peut paraître manquante, saignement autour de la gencive)	Analgésiques** Aliments mous pendant 10 jours Orienter immédiatement chez un dentiste
Avulsion	Dent complètement en dehors de l'alvéole	Analgésiques** S'il s'agit d'une dent lait, aucun traitement n'est nécessaire S'il s'agit d'une dent définitive : • Manipuler la dent par la couronne et non par la racine. • Laver brièvement la dent à l'eau froide et la repositionner. Demander au patient de mordre délicatement sur une débarbouillette pour essayer de maintenir la dent en place. • S'il est impossible de la repositionner, placer la dent dans du lait pasteurisé froid pour le transport. Si le lait n'est pas disponible, la salive du patient peut être utilisée. • Orienter immédiatement chez un dentiste.
Fracture	La dent est visiblement cassée	S'enquérir du moment et du mécanisme de la blessure Analgésiques** Aliments mous jusqu'à la consultation d'un dentiste. Orienter chez un dentiste : • Non urgent : si la blessure se limite à l'émail • Urgent : si la blessure s'étend à la dentine et en présence d'une sensibilité au chaud/froid, ou si la pulpe dentaire est exposée
Lacération de la langue ou d'une lèvre	Peut être superficielle ou sur toute la profondeur	Évaluer la profondeur et l'étendue de la lacération, et la nécessité de sutures urgentes Analgésiques**

* Il faut décourager les jeunes enfants de sucer une tétine ou le doigt (si possible) pendant les 10 premiers jours suivant un traumatisme dentaire.
** Les AINS sont les médicaments de choix pour la douleur dentaire.

Sources : 1) Stephens MB, Wiedemer JP, Kushner GM. Dental Problems in Primary Care. *Am Fam Physician*. 2018;98:654-60. PMID 30485039; **2)** Sedrak MM, Doss LM. Open Up and Let Us In: An Interprofessional Approach to Oral Health. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65:91-103. PMID 29173722; **3)** Keels MA, Section on Oral Health AAoP. Management of dental trauma in a primary care setting. *Pediatrics*. 2014;133:e466-76. PMID 24470646; **4)** Timmerman A, Parashos P. Management of dental pain in primary care. *Aust Prescr.* 2020;43:39-44. PMID 32346209.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2020

ANNEXE 3.

Autorisation médicale pour le traitement dentaire

Patient : _____ DDN : _____

Dentiste : _____

Antécédents médicaux/chirurgicaux pertinents :

❒ Cardiaques : _____

❒ Trouble de la coagulation : _____

❒ Hypertension : dernière mesure de la tension artérielle/date _____

❒ Fonction rénale : dernière mesure/date de la créatinine/du TFGe : _____

❒ Ostéoporose ❒ Autre : _____

Allergies:

❒ Aucune allergie connue aux médicaments

❒ Médicament :

Réaction :

Restrictions liées aux analgésiques :

❒ Non

❒ Oui : _____

❒ Aucun AINS ❒ Pas d'opioïdes

Restrictions liées à l'anesthésie :

❒ Non

❒ Oui : _____

Antithrombotiques :

Indication d'un antiplaquettaire _____

❒ AAS ❒ Clopidogrel ❒ Ticagrélor

❒ Autre : _____

Indication d'un anticoagulant _____

❒ Warfarine (posologie et intervalle de référence) : _____

Dernière mesure/date du RIN : _____

❒ Apixaban ❒ Dabigatran ❒ Edoxaban

❒ Rivaroxaban ❒ Autre : _____

Ces interventions à faible risque n'exigent pas l'interruption des antithrombotiques

- Détartrage dentaire
- Restaurations dentaires
- Extractions dentaires simples
- Biopsie des tissus mous
- Interventions d'endodontie
- Mise en place d'un implant
- Interventions de dentisterie prothétique : prothèses dentaires fixes/amovibles, couronnes, pont

❒ **Bisphosphonates/dénosumab** (nom du médicament, indication, date de l'instauration, voie orale ou intraveineuse, utilisation concomitante de stéroïdes)

_____

❒ **Autres médicaments :** _____

Nécessité d'une prophylaxie antibiotique : _____

❒ Non ❒ Oui, remettre une ordonnance au patient

❒ Oui, ordonnance déjà fournie

Antibiotique	Dose unique par voie orale 30-60 minutes avant l'intervention	
	Adultes	Enfants
❒ Amoxicilline	2 g	50 mg/kg
❒ Clindamycine*	600 mg	20 mg/kg

* En cas d'allergie à la pénicilline ou à l'ampicilline

Raison de la prophylaxie antibiotique (risque élevé d'endocardite infectieuse)

❒ Valve cardiaque prothétique ou substance prothétique utilisée pour réparer une valve cardiaque

❒ Antécédents d'endocardite infectieuse

❒ Affections cardiaques congénitales graves précises, notamment :

- une cardiopathie congénitale cyanogène non corrigée ou corrigée de façon incomplète, y compris les shunts et les conduits palliatifs
- une cardiopathie congénitale complètement corrigée à l'aide d'une substance ou d'un dispositif prothétique mis en place par voie chirurgicale ou par cathétérisme, au cours des six premiers mois suivant l'intervention
- Toute anomalie cardiaque congénitale corrigée, avec défauts résiduels au site ou à proximité du site d'une prothèse ou d'un dispositif prothétique

❒ Transplantation cardiaque avec valvulopathie

Autres commentaires : _____

_____

Signature du médecin : _____

Date : _____

Tampon :

Sources : 1) Thrombosis Canada. Warfarin: Peri-operative management. 2017. http://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2017/06/14.-Warfarin-Peri-Operative-2017May24-Final-1.pdf.; **2)** Thrombosis Canada. NOACS/DOACS: Peri-operative Management. 2017. http://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2017/03/22_NOACs-DOACs-Peri-Operative-Management_2017Mar14.pdf. **3)** Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal.* Nov 21 2015;36(44):3075-3128. **4)** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. Clinical guideline [CG64].* 2016. **5)** Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. *Circulation.* Oct 13 2015;132(15):1435-1486.; **6)** Canadian Dental Association. CDA position on prevention of infective endocarditis. 2014. https://http://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/infectiveendocarditis/ **7)** Canadian Dental Association. Consensus Statement: Dental Patients with Total Joint Replacement. 2016. https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/jointreplacement/.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org