

# Point de service



Les réponses présentées ce mois-ci pour la rubrique «Point de service» du JADC ont été fournies par des conférenciers invités à la Conférence dentaire du Pacifique 2004, tenue en partenariat avec l'Association dentaire canadienne. La conférence aura lieu à Vancouver (C.-B.), du 4 au 6 mars. Pour plus d'information, visitez le site [www.pacificdentalonline.com](http://www.pacificdentalonline.com).

## Question 1

Pouvez-vous suggérer quelques produits offerts en vente libre, qui sont efficaces pour traiter les ulcérations buccales?

### Énoncé du problème

L'ulcération est une affection fréquente de la cavité buccale, qui peut être causée par de multiples facteurs étiologiques, entre autres les traumatismes, les maladies vésiculaires, les facteurs immunologiques (ulcères aphteux récidivants, maladie bulleuse), l'hypersensibilité, la leucopénie (consécutives à l'immunosuppression, toxicité due aux médicaments), les radiations, les agents microbiologiques et les néoplasmes.

Le traitement de l'ulcération buccale exige d'abord et avant tout l'établissement d'un diagnostic exact, lequel nécessitera souvent une série de tests diagnostiques. Dans certains cas, le patient aura besoin de médicaments d'ordonnance; dans d'autres, le temps viendra à bout de l'affection.

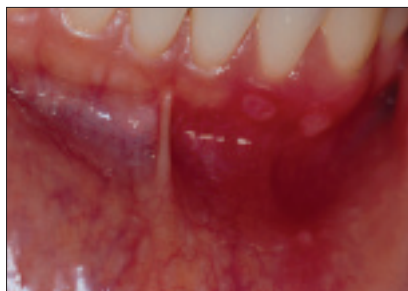
Un certain nombre de produits grand public (PGP) peuvent procurer un soulagement efficace et peu coûteux, en attendant qu'un diagnostic formel puisse être posé ou que la lésion disparaisse d'elle-même. Il convient toutefois de rappeler que ces PGP ne servent qu'à procurer un soulagement. Si l'ulcération ne guérit pas après 2 semaines, un diagnostic formel doit être établi.

### Traitement par des produits grand public

Les PGP pour les ulcérations buccales sont offerts sous forme de produits d'application locale ou de rince-bouches. Les produits d'application locale appartiennent à diverses catégories, parmi lesquels figurent des enduits protecteurs oraux, des anesthésiques topiques, des agents oxygénants, des produits de cautérisation et des antiseptiques.

Voici quelques exemples de produits offerts :

- enduits protecteurs  
OraGard B, Orabase et Orabase Soothe-N-Seal (Colgate Oral Pharmaceuticals; ill. 1 et 2) et Zilactin (Zila Pharmaceutical)
- anesthésiques topiques  
Orabase-B (benzocaïne 20 %) et Zilactin-B (benzocaïne 10 %). Autres produits dont l'ingrédient actif est la benzocaïne : Anbesol force maximale, liquide et Anbesol extra-fort, gel de Whitehall-Robbins (benzocaïne 20 %);



**Illustration 1 :** Ulcération buccale avant l'application du produit grand public.



**Illustration 2 :** Ulcération buccale 10 minutes après l'application d'Orabase Soothe-N-Seal.

Anbesol, liquide (benzocaïne 6,4 %); Anbesol, gel (benzocaïne, 6,4 %); Orajel pour le traitement des ulcérations de la bouche (Del Pharmaceuticals); Kank-A (Blistex Inc.) et Hurriceine, liquide et gel (Beutlich Pharmaceuticals).

- agents oxygénants (à base de peroxyde d'hydrogène)  
Peroxyl, rince-bouche (Colgate Oral Pharmaceuticals)
- agents de cautérisation et antiseptiques  
Ora-5 (Premier Dental Products), disponible par l'entremise d'un fournisseur de produits dentaires ou en composant un numéro sans frais (1-800)
- rince-bouches (efficace lorsque l'affection est multifocale)  
Biotene (Laclede); Orajel Periaseptic (Del Pharmaceuticals); Amosan (Oral-B).

On peut aussi fabriquer un rince-bouche en mélangeant 2 produits grand public, c.-à-d., un sirop à base de chlorhydrate de diphenhydramine (4 oz) avec du Kaopectate liquide (12 oz; Pfizer) ou du Maalox en suspension (12 oz; Novartis Santé familiale Canada Inc.). ♦



Le Dr William Carpenter est professeur et directeur, Département de pathologie et de médecine, École de dentisterie de l'Université du Pacifique, San Francisco (Californie).

Le Dr Carpenter donnera son séminaire, intitulé «Oral Pathology: Lesions of the Oral Mucosa», le vendredi 5 mars.

### Lecture suggérée

Carpenter WM, Silverman S Jr. Over-the-counter products for oral ulcerations. *J Calif Dent Assoc* 1998; 26(3):199-201.

## Question 2

Quel est le lien entre l'abrasion, l'érosion et l'hypersensibilité dentinaire?

### Énoncé du problème

L'hypersensibilité dentinaire a été qualifiée d'énigme, car cette affection pourtant répandue demeure encore mal comprise. L'hypersensibilité dentinaire se caractérise par une douleur brève et vive qui est ressentie au niveau de la dentine exposée, généralement en réaction à des stimulus thermiques, tactiles, osmotiques ou chimiques, ou en présence d'air, et qui ne peut être attribuée à aucune autre forme d'anomalie ou d'affection dentaire<sup>1</sup>. Le plus souvent, on attribue cette exposition de la dentine et, par conséquent, la perte de surface de dent (une cause importante de l'hypersensibilité dentinaire) à un brossage des dents mal exécuté ou trop vigoureux. De fait, dans le cadre d'une enquête sur les besoins de formation des professionnels dentaires du Canada, seulement 7 % des dentistes et 5 % des hygiénistes ont indiqué l'érosion comme étant la principale cause de l'hypersensibilité dentinaire, alors que 85 % et 94 % respectivement ont attribué l'exposition des tubules dentinaires à l'abrasion due au brossage<sup>1</sup>.

Deux éléments doivent être réunis pour qu'il y ait hypersensibilité dentinaire : il doit y avoir exposition de la dentine – causée par la perte d'émail ou une récession gingivale – et ouverture des tubules dans la cavité buccale et la pulpe.

L'érosion<sup>2</sup> (perte de tissu dur sous l'effet d'une réaction chimique) et l'abrasion (perte de tissu dur résultant d'un phénomène physique autre que le contact entre 2 dents), et leurs effets combinés, sont très souvent la cause de la perte d'émail et de dentine en surface, laquelle provoque ensuite l'exposition des tubules dentinaires, en particulier dans la région buccocervicale (ill. 1)<sup>3</sup>. Par ailleurs, alors que l'émail résiste à l'abrasion causée par le brossage des dents, avec ou sans dentifrice, il est particulièrement sensible aux effets de l'acide<sup>4</sup>, et le brossage d'un émail affaibli par des acides augmente sensiblement l'effet abrasif. Aussi est-il très important de tenir compte à la fois des facteurs d'érosion (liés au régime alimentaire ou aux acides gastriques) et d'abrasion dans l'étiologie et la prise en charge de l'hypersensibilité dentinaire. Enfin, bien que les boissons gazeuses et les jus d'agrumes soient souvent mis en cause dans l'érosion d'origine alimentaire, il ne faut pas écarter les aliments comme le vin rouge (pH 2,6), le vin blanc (pH 2,3) et le yaourt (pH 3,3) qui éliminent rapidement la boue dentinaire après quelques minutes d'exposition<sup>5</sup>.

### Traitement

Le défaut de tenir compte des causes de l'hypersensibilité dentinaire risque de se solder par l'échec du traitement. Il faut ainsi évaluer tous les facteurs étiologiques et facteurs de prédisposition, en particulier ceux liés à l'érosion et à l'abrasion, et établir un bilan écrit détaillé de l'alimentation du patient afin de déterminer l'ingestion de boissons et d'aliments acides. Les habitudes d'hygiène buccodentaire — notamment la fréquence, la durée et la période du brossage, en particulier en regard de l'exposition aux acides, de même que la technique et la force de



**Illustration 1 :** Patient montrant des signes de récession gingivale généralisée, exposant une partie importante de la dentine. La dentine exposée illustre les effets typiques d'une perte de surface due à l'érosion et à l'abrasion.

brossage utilisées — sont d'autres facteurs à considérer, tout comme l'apparence de la brosse quand on la remplace.

Le traitement doit viser principalement à éliminer, ou sinon à modifier, ces facteurs<sup>6</sup>. En matière d'alimentation, les conseils doivent avoir pour but de réduire au minimum l'érosion, tandis que les instructions concernant l'hygiène buccodentaire doivent chercher à réduire au minimum l'abrasion. Il faut en outre éviter les occasions susceptibles de donner lieu à l'effet combiné de ces 2 phénomènes, en s'assurant que tout effet abrasif — comme le brossage des dents — s'exerce avant les effets d'affaiblissement des dents causés par l'érosion. Le brossage des dents devrait donc se faire avant les repas, plutôt qu'après, ou tout au moins de 2 à 3 heures après l'apport acide. De fait, dans ses Recommandations consensuelles sur le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire<sup>1</sup>, le Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire recommande de ne pas se brosser les dents immédiatement après les repas et d'éviter un brossage trop fréquent ou trop vigoureux, ceci dans le but de modifier ou d'éliminer les facteurs de prédisposition. Enfin, suivant la gravité et l'étendue de l'affection, on préconisera les traitements réversibles (p. ex., dentifrices pour dents sensibles) avant les procédures irréversibles (comme l'application de résines). ♦



Le Dr Martin Addy est professeur de parodontologie, Département des sciences buccales et dentaires, Université de Bristol, R.-U. Courriel : [Martin.Addy@bristol.ac.uk](mailto:Martin.Addy@bristol.ac.uk). Le Dr Addy donnera son séminaire, intitulé «Dentin Hypersensitivity: A Toothwear Phenomenon?», le jeudi 4 mars.

### Références

1. Conseil consultatif canadien sur l'hypersensibilité dentinaire. Recommandations consensuelles sur le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité dentinaire. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(4):221-6.
2. Braem M, Lambrechts P, Vanderle G. Stress-induced cervical lesions. *J Prosthet Dent* 1992; 67(5):718-22.
3. Davis WB, Winter PJ. The effect of abrasion on enamel and dentine and exposure to dietary acid. *Br Dent J* 1980; 148(11-12):253-6.
4. Addy M, Absi EG, Adams D. Dentine hypersensitivity. The effects in-vitro of acids and dietary substances on root-planed and burred dentine. *J Clin Periodontol* 1987; 14:274-9.
5. Addy M. Dentine hypersensitivity: new perspectives on an old problem. *Int Dent J* 2002; 5:367-75.

## Question 3 Pourquoi y a-t-il anesthésie incomplète après un bloc du nerf alvéolaire inférieur?

L'anesthésie incomplète est non seulement une expérience douloureuse pour le patient, mais elle est également source de stress et de frustration pour le clinicien. Or, on rapporte que l'incidence d'anesthésie incomplète après un bloc du nerf alvéolaire inférieur (NAI) est de 15 %<sup>1</sup>.

L'anatomie du squelette contribue largement à la capacité du clinicien de trouver un repère osseux pour y pratiquer un bloc du NAI. Les crêtes obliques externe et interne de la branche aident ainsi à déterminer l'emplacement du NAI et du point d'entrée de l'aiguille. Malheureusement, la forme de la crête oblique interne varie de telle sorte que, si celle-ci est très large, il devient difficile d'introduire l'aiguille autour de la plaque osseuse. L'emplacement de l'épine de Spix (point d'entrée du NAI dans la mandibule) varie lui aussi, et ces 2 facteurs anatomiques peuvent causer l'échec du bloc ainsi qu'une anesthésie incomplète.

Une neuroanatomie inhabituelle peut aussi nuire à une anesthésie profonde. Des nerfs accessoires peuvent innover la dentition à différents endroits à partir du NAI ou du nerf mylo-hyoïdien<sup>2</sup>.

Une des solutions pour ces anomalies est de pratiquer un bloc plus haut, par exemple selon la technique de Gow-Gates, ce qui vraisemblablement palliera à ces anomalies anatomiques.

Le type d'aiguille est un deuxième facteur qui peut donner lieu à une anesthésie incomplète. La profondeur moyenne pour un bloc du NAI est de 25 mm. Donc, lorsqu'on utilise une aiguille courte (également de 25 mm), l'aiguille doit être enfoncée jusqu'à l'embout. Si la taille du patient est supérieure à la moyenne, il faudra procéder à une injection plus en profondeur. Cependant, certains cliniciens hésitent à le faire, à cause du tabou associé au fait d'enfoncer l'aiguille jusqu'à l'embout ou même plus loin, car une injection plus en profondeur peut fausser l'orientation de l'angle et la profondeur. On peut toutefois éviter ce problème en utilisant une aiguille longue (35 mm).

Certains cliniciens se servent d'aiguilles de calibre 30 pour les blocs mais, si le résultat n'est pas satisfaisant, ils peuvent utiliser une aiguille de calibre 25 pour une plus grande stabilité. En effet, l'aiguille dévie lorsqu'elle est introduite dans les tissus. Cette déviation, par rapport à la ligne droite, peut atteindre jusqu'à 4 mm avec une aiguille de calibre 30, alors qu'elle ne sera que de 1 mm avec une aiguille de calibre 25, insérée à 25 mm de profondeur<sup>3,4</sup>. Un autre aspect lié au calibre de l'aiguille est celui de l'aspiration exercée : l'aiguille de calibre 25 est plus efficace, mais les aiguilles de calibres 30 et 27 peuvent être introduites au milieu d'un vaisseau, ce qui ne permettra pas d'obtenir une aspiration positive lorsque l'anneau sera enfoncé. Et, de toute évidence, une injection intravasculaire n'aura pas d'effet anesthésique.

Il arrive parfois que les patients les plus difficiles à anesthésier soient également les moins coopératifs, à cause des expériences négatives qu'ils ont vécues. La douleur qu'ils ont ressentie à la suite d'une anesthésie difficile les rend anxieux et, lorsque vous leur demandez d'ouvrir la bouche, ils l'entrouvrent à peine. Il est

alors impossible de trouver un repère et de voir la zone ptérygo-mandibulaire. D'autres referment instinctivement la bouche dès qu'ils sentent la moindre piqûre, ce qui rend l'injection encore plus difficile. Or, il est important que le clinicien obtienne la coopération de ces patients. Pour ce faire, il peut leur dire par exemple : «L'anesthésie sera grandement facilitée si vous pointez le menton vers le haut et que ouvrez grand la bouche.» Vous pouvez également administrer à ces patients des sédatifs oraux ou une sédation composée d'un mélange d'oxyde nitreux et d'oxygène.

Les molécules des anesthésiques topiques et des vasoconstricteurs sont sensibles à la lumière, aux températures extrêmes et à l'oxygène, et un entreposage inadéquat peut causer la dégradation du contenu de la cartouche avant sa date de péremption, ce qui donnera lieu bien sûr à une anesthésie incomplète. Les cliniciens devraient donc conserver les anesthésiques topiques à la température ambiante, à l'abri de la lumière, et éviter de faire des réserves.

Le dernier facteur à considérer est le pH du milieu dans lequel sera injecté l'anesthésique. Un milieu acide n'est pas favorable aux molécules liposolubles des anesthésiques topiques, étant donné que moins de molécules pénétreront dans le nerf. Il y a 2 cas où le pH des tissus peut devenir plus acide. Le premier est lorsqu'il y a une infection. Le deuxième est lorsqu'on injecte un anesthésique topique contenant un vasoconstricteur lequel est, en soi, acide. De fait, si une quantité suffisante de cette solution acide est administrée, le nombre de molécules pouvant traverser la membrane lipidique du nerf pourrait être moindre, ce qui réduira l'efficacité de l'anesthésique. Pour éviter ce problème, le clinicien peut utiliser une solution exempte de vasoconstricteurs dans la zone d'une infection ou encore administrer cette solution après avoir utilisé 1 ou 2 cartouches d'une autre solution contenant des vasoconstricteurs, si l'anesthésie demeure insuffisante. ♦



Le Dr David Isen exerce dans un cabinet reposant sur l'anesthésie à Toronto (Ontario), qui s'intéresse aux patients ayant des exigences médicales et des besoins liés à l'anxiété.

Le Dr Isen donnera son séminaire, intitulé «Advanced Local Anesthesia», le jeudi 4 mars.

### Références

1. Kaufman E, Weinstein P, Milgrom P. Difficulties in achieving local anesthesia. *J Am Dent Assoc* 1984; 108(2):205-8.
2. Roda RS, Blanton PL. The anatomy of local anesthesia. *Quintessence Int* 1994; 25(1):27-38.
3. Aldous J. Needle deflection, a factor in the administration of local anesthetics. *JADA* 1968; 77(3):602-4.
4. Hochman MN, Friedman MJ. In vitro study of needle deflection: a linear insertion technique versus a bidirectional rotation insertion technique. *Quintessence Int* 2000; 31(1):33-9.

### Lectures supplémentaires

- Jastak J, Yagiela J, Donaldson D. Local anesthesia of the oral cavity. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1995.
- Malamed S. Handbook of local anesthesia. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1997.

## Question 4 Est-il prudent de dispenser des traitements dentaires durant la grossesse?

### Énoncé du problème

Selon une étude récente menée en Europe, seulement 55 % des dentistes estiment être suffisamment informés pour traiter des patientes enceintes<sup>1</sup>. Bien que la période postnatale soit la période la plus sûre pour dispenser un traitement, des soins dentaires d'urgence peuvent être prodigués en tout temps durant la grossesse, à la condition de prendre les précautions qui s'imposent. Dans la plupart des cas, les traitements d'urgence tels que les restaurations, les traitements endodontiques et les extractions peuvent être pratiqués.

Quant aux traitements électifs, il vaut mieux les effectuer durant le deuxième trimestre car, à la fin du troisième trimestre, la patiente pourrait trouver inconfortable d'être couchée dans le fauteuil dentaire, à cause de la pression exercée par le fœtus sur la veine cave. Il est également recommandé d'éviter les traitements dentaires électifs durant le premier trimestre, car c'est à ce moment que se développent les organes du fœtus.

Il est en outre très important de maintenir une bonne hygiène buccodentaire durant la grossesse, car les risques de gingivite causée par des facteurs locaux et la modification des taux sanguins d'hormones (ill. 1) sont alors plus grands; il serait donc bon de prévoir un traitement d'hygiène dentaire à chaque trimestre. Pour la plupart des patientes dont la grossesse se déroule normalement, il n'y a pas de contre-indication à procéder aux traitements habituels de détartrage et de polissage. Par contre, si la grossesse semble difficile, le dentiste devrait consulter le médecin traitant de la patiente avant de procéder à ce type de traitement.

### Conseils précis en matière de prise en charge

Voici quelques conseils pour les dentistes qui traitent des patientes enceintes :

- Il n'y a pas de meilleur, ni de pire, moment durant la journée pour examiner une femme enceinte. Demandez-lui à quel moment elle se sent le mieux.
- Il n'y a pas de contre-indication à prendre un nombre raisonnable de radiographies pour faciliter le diagnostic et le traitement de problèmes buccaux précis durant la grossesse. Bien sûr, la patiente doit porter un tablier de plomb, le faisceau doit être collimaté avec précision, et il faut utiliser un film de sensibilité élevée.
- Il faut réduire au minimum la prise de médicaments durant la grossesse. La plupart des médicaments administrés par les dentistes ne présentent pas de danger pour le fœtus. Cependant, aucune tétracycline (y compris la doxycycline) ne doit être administrée durant la grossesse. L'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont également contre-indiqués durant le troisième trimestre, et on prescrira de l'acétaminophène pour soulager les douleurs légères. Si la douleur est plus vive, un analgésique narcotique, par exemple de l'acétaminophène combiné à de la codéine, peut être administré, mais à très faibles doses, surtout au premier trimestre.



Illustration 1 : Gingivite grave chez une patiente enceinte.

- Durant le troisième trimestre, il est conseillé de garder le fauteuil dentaire en position semi-inclinée, pour éviter le syndrome d'hypotension en position couchée (qui peut entraîner une perte de conscience chez la patiente), causé par la pression exercée par l'utérus gravide sur la veine cave. Si ce problème survient, tournez doucement la patiente sur le côté gauche.
- Enfin, si vous avez des doutes ou des craintes au sujet de quelque aspect du traitement d'une femme enceinte, n'hésitez pas à contacter son médecin traitant.



La Dre Barbara Steinberg est professeure clinique de chirurgie, Collège de médecine dentaire, Université Drexel, Philadelphie (Pennsylvanie).

La Dre Steinberg donnera 2 séminaires le 4 mars («Dental and Medical Considerations in Treating the Premenopausal Female Patient» et «Dental and Medical Considerations in Treating the Mature Female Patients»), ainsi que 1 séminaire le 5 mars («Indications for Antibiotic Prophylaxis»).

### Référence

1. Pistorius J, Kraft J, Willerhausen B. Dental treatment concepts for pregnant patients — results of a survey. *Eur J Med Res* 2003; 8(6):241-6.

### Lectures supplémentaires

Lee A, McWilliams M, Janchar T. Care of the pregnant patient in the dental office. *Dent Clin North Am* 1999; 43(3):485-94.

Livingston HM, Dellinger TM, Holder R. Considerations in the management of the medical patient. *Spec Care Dentist* 1998; 18(5):183-8.

Miller MC. The pregnant dental patient. *J Calif Dent Assoc* 1995; 23(8):63-70.

*Les réponses fournies dans la présente rubrique reflètent les opinions des collaborateurs, mais ne reflètent pas nécessairement celles de l'Association dentaire canadienne. Les lecteurs sont priés de lire davantage sur les sujets traités.*