

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

QUESTION 1

Une forte proportion des patients qui subissent des traitements de blanchiment dans mon cabinet éprouvent une sensibilité dentaire. Comment puis-je réduire au minimum cet effet secondaire?

Contexte

L'incidence de la sensibilité dentaire durant les traitements de blanchiment est élevée. Ainsi, Haywood et coll.¹ ont constaté que 53 % des patients avaient ressenti une sensibilité dentaire après l'application de peroxyde de carbamide à 10 % à l'aide de gouttières fabriquées sur mesure. Haywood² fait aussi mention d'un taux d'incidence global de 75 %. Pour leur part, Browning et coll.³ ont constaté que 67 % des patients avaient ressenti une sensibilité passagère durant le blanchiment. La sensibilité dentaire passagère, en présence de peroxyde d'hydrogène ou de peroxyde de carbamide, varie en fonction de la dose et de la durée du traitement : plus la dose ou la concentration de l'agent de blanchiment est élevée et plus la durée d'exposition est longue, plus les risques de sensibilité dentaire augmentent. Le moyen le plus facile de corriger un problème de sensibilité est donc de réduire la durée du traitement ou la dose de peroxyde d'hydrogène ou de peroxyde de carbamide. Par ailleurs, si l'application de l'agent de blanchiment se fait au moyen de gouttières, il est essentiel que celles-ci soient parfaitement adaptées, en s'assurant non seulement qu'elles correspondent bien à la position des gencives, mais aussi que le bord de la gouttière se situe à la jonction amélo-cémentaire.

Stratégies pour réduire la sensibilité

Un grand nombre de produits de blanchiment, comme Opalescence (Ultradent, South Jordan, Utah), contiennent de l'eau pour atténuer l'effet déshydratant sur la structure de la dent, qui peut causer une sensibilité. Plusieurs produits renferment également du fluorure et du nitrate de potassium pour réduire le risque de sensibilité dentaire. Le fluorure accélère la formation de nouveaux minéraux qui se combinent au calcium, au phosphate et au fluorure pour former une couche peu soluble⁴. Quant au nitrate de potassium, il pénètre à l'intérieur des tubules dentinaires

où il dépolarise les nerfs, ce qui réduit les stimulus douloureux⁵.

Les résultats des études sur l'inclusion du nitrate de potassium dans les produits de blanchiment sont partagés. Browning et coll.³ rapportent que 36 % des patients de leur étude ont ressenti une sensibilité, même après l'ajout de nitrate de potassium et de fluorure de sodium dans le gel de blanchiment. Gerlach et coll.⁶ ont observé une sensibilité chez 13 % des patients qui avaient utilisé des bandes de blanchiment au peroxyde d'hydrogène à 6 %, comparativement à 22 % de ceux ayant utilisé du peroxyde de carbamide à 5 % combiné à du nitrate de potassium et appliqué avec des gouttières fabriquées sur mesure. Dans le cadre d'une étude comparant les produits NiteWhite Excel 2Z (Discus Dental, Culver City, Calif.) et Rembrandt Xtra-Comfort (Den-Mat Corp., Santa Maria, Calif.), Pohjola et coll.⁷ ont constaté que tous les sujets avaient éprouvé une certaine sensibilité. Enfin, Tam⁸ a observé une sensibilité dentaire moindre chez les sujets qui avaient utilisé du peroxyde de carbamide à 10 % combiné à du nitrate de potassium et du fluorure que chez ceux ayant utilisé le produit témoin, après 2 semaines de traitement de blanchiment à domicile.

Il semble toutefois que le traitement des dents avec du nitrate de potassium *avant* le blanchiment réduise sensiblement la sensibilité dentaire. Ainsi, le brossage des dents avec un dentifrice au nitrate de potassium comme Sensodyne (GlaxoSmithKline, Parsippany, N.J.)⁹, ou l'application d'un gel de nitrate de potassium et de fluorure à l'aide de gouttières sur mesure avant le blanchiment peut réduire la sensibilité chez une majorité de patients¹. Parmi les gels de nitrate de potassium pouvant être utilisés à cette fin, mentionnons les produits UltraEZ (Ultradent), Den-Mat Desensitize (Den-Mat Corp.) et Relief (Discus Dental). Enfin, FlorOpal (Ultradent) est un produit appliqué par gouttière qui libère des ions fluorure et

qui procure une désensibilisation plus lente, mais de plus longue durée, que le nitrate de potassium.

Étant donné la proportion aussi élevée de patients qui ressentent une sensibilité dentaire, il vaut mieux déterminer avant le traitement quelles sont les personnes les plus susceptibles d'éprouver de l'inconfort. Le patient présente-t-il des lésions d'abfraction profondes de classe V? Le patient ressent-il une sensibilité dentaire au chaud, au froid, au sucre ou à l'air? Le patient évite-t-il certains aliments qui lui causent une sensibilité? L'examen révèle-t-il la présence de caries évolutives ou de restaurations non étanches? Dans ce dernier cas, il vaut mieux procéder au préalable à un traitement de désensibilisation et traiter toute carie ou restauration défectueuse, même de façon temporaire, jusqu'au moment d'obtenir la teinte recherchée. La désensibilisation peut se faire avec du nitrate de potassium, des gels de fluorure, des oxalates ou des résines dentinaires adhésives. S'il y a désensibilisation avant le début du traitement, il y aura plus de chance pour que le patient poursuive le traitement jusqu'à ce que la teinte voulue soit atteinte, en ressentant un minimum d'effets secondaires. ✦

Références

1. Haywood VB, Caughman WF, Frazier KB, Myers ML. Tray delivery of potassium nitrate-fluoride to reduce bleaching sensitivity.

Quintessence Int 2001; 32(2):105-9.

2. Haywood VB. Current status and recommendations for dentist-prescribed, at-home tooth whitening. *Contemporary Esthetics and Restorative Practice* 1999; 3(Suppl 1):2-11.

3. Browning WE, Chan DC, Frazier KB, Calan RS, Blalock JS. Safety and efficacy of a nightguard bleaching agent containing sodium fluoride and potassium nitrate. *Quintessence Int* 2004; 35(9):693-8.

4. Bernie KM. Deconstructing fluoride use: pros and cons. *Contemporary Oral Hygiene* 2005; July:8-12.

5. Orchardson R, Gilliam DG. The efficacy of potassium salts as agents for treating dentin hypersensitivity. *J Orofac Pain* 2000; 14(1):9-19.

6. Gerlach RW, Zhou X, McClanahan SF. Comparative response of whitening strips to a low peroxide and potassium nitrate bleaching gel. *Am J Dent* 2002;15(Spec No):19A-23A.

7. Pohjola RM, Browning WD, Hackman ST, Myers ML, Downey MC. Sensitivity and tooth whitening agents. *J Esthet Restor Dent* 2002; 14(2):85-91.

8. Tam L. Effect of potassium nitrate and fluoride on carbamide peroxide bleaching. *Quintessence Int* 2001; 32(10):766-70.

9. Haywood VB, Cordero R, Wright K, Gendreau L, Rupp R, Kotler M, and others. Brushing with potassium nitrate dentifrice to reduce bleaching sensitivity. *J Clin Dent* 2005; 16(1):17-22.

L'AUTEUR



Le Dr Leendert Bokman est professeur adjoint en clinique à l'École Schulich de médecine et de dentisterie, Université Western Ontario, London (Ontario). Il est directeur des affaires cliniques chez Clinical Research Dental.

Écrire au : Dr Leendert Bokman, C.P. 28040, London, ON N6H 5E1.
Courriel : lbokman@clinicalresearchdental.com.



Technologie au point de service dans la pratique quotidienne !

Congrès annuel de l'ADC

St. John's (Terre-Neuve) – du 24 au 26 août 2006

Voici certains des exposés et présentateurs confirmés :

Implantoprothétique

Dr Crawford Bain

Diagnostic endodontique

Dr Rob Roda

Orthodontie interceptive

Dr Lorne Koroluk

Anesthésie locale et pharmacologie analgésique

Dr Dan Haas

Santé dentaire publique

Dr Peter Hornett et Dr Peter Cooney

Pathologie buccale

Dr Bruce Wright

Dentisterie pédiatrique

Dr Alan Milnes

Dentisterie pédiatrique

Dr M. Mike Suzuki

Prothétique amovible

Dr Robert Loney

Valorisation du cabinet

Dr Jeff Williams

Ateliers à participation restreinte

- Instrumentation non chirurgicale
- Communications
- Valorisation du cabinet
- Mise à jour RCR
- Conception de gouttières de blanchiment des dents et fabrication de gouttières sur mesure
- Dentisterie fondée sur les faits

Des renseignements complets sur les séances seront disponibles sur le site Web de l'ADC à l'adresse www.cda-adc.ca et dans des prochains numéros du JADC.

Pour obtenir de l'information, joindre l'Association dentaire canadienne au

1815, promenade Alta Vista, Ottawa, ON K1G 3Y6

Tél. : (613) 523-1770 Sans frais : 1 800 267-6354

Téloc. : (613) 523-7736 Courriel : reception@cda-adc.ca

Pour être exposant, communiquez avec
Una Folkson Singh,
coordonnatrice des congrès de l'ADC,
au 1 800 267-6354, poste 2334

QUESTION 2

Quelle est la benzodiazépine idéale pour la sédation par voie orale en dentisterie?

Contexte

L'anxiété et la crainte suscitées par les traitements dentaires empêchent certaines personnes d'obtenir des soins. La sédation par voie orale est une méthode pratique de réduire l'anxiété que ressentent certains, mais non la totalité, des patients souffrant de phobie dentaire. D'autres traitements s'offrent aussi, notamment la sédation par le protoxyde d'azote et l'oxygène, l'hypnose, la sédation par voie intraveineuse et l'anesthésie générale. Chacune de ces techniques comporte des risques et des avantages pour le patient. La sédation orale est utile dans le cadre d'un protocole anxiolytique pour des patients qui souffrent de certaines maladies (p. ex., cardiopathie ischémique) et qui doivent subir une intervention dentaire stressante. La sécurité du patient doit être une préoccupation majeure pour tout dentiste qui a recours à la sédation orale¹, et tous les dentistes qui utilisent cette technique doivent suivre une formation adéquate. À noter que la sédation orale des enfants pose des difficultés particulières, car leur réaction peut être imprévisible.

Le sédatif oral idéal doit apaiser la crainte et l'anxiété, sans toutefois supprimer les réflexes protecteurs du patient. Le médicament idéal agit rapidement, ne cause aucun effet secondaire, procure une durée d'action et des effets prévisibles et est rapidement métabolisé et excrété. Enfin, il ne devrait pas produire de métabolites actifs et sa demi-vie d'activité devrait être d'environ 45 à 60 minutes.

Benzodiazépinés

Diverses catégories de médicaments (p. ex., barbituriques, antihistaminiques et narcotiques) ont été utilisées en dentisterie comme agents de sédation orale, mais les benzodiazépinés (BZD) sont aujourd'hui les sédatifs les plus répandus pour les adultes. Les BZD renforcent l'action de l'acide 4-aminobutanoïque (GABA), un neurotransmetteur qui a un effet tranquillisant général sur le système nerveux central². Les BZD agissent sur les réactions émotives, la mémoire, la pensée, le contrôle de la conscience, le tonus musculaire et la coordination.

Le diazépam, l'alprazolam, le lorazépam, le témazépam et le triazolam sont les BZD généralement utilisées pour la sédation orale. À cette liste s'ajoute le midazolam (par voie orale ou intranasale), pour la sédation des enfants. Bien que certaines BZD présentent un risque d'accoutumance associé à l'usage à long terme, ce problème ne se pose généralement pas en dentisterie. La pharmacocinétique des BZD varie considérablement (tableau 1), et ces propriétés déterminent l'adéquation de chaque médicament comme sédatif oral en dentisterie générale. Le triazolam et le midazolam sont des médicaments à action rapide; l'alprazolam, le lorazépam et le témazépam ont une durée d'action moyenne, tandis que le diazépam est un médicament à action prolongée^{3,4}.

Les BZD sont rapidement absorbées dans le tube digestif. Dans le cas du triazolam et du lorazépam, l'absorption est plus efficace lorsque ceux-ci sont administrés par voie sublinguale; par contre,

Tableau 1 Pharmacocinétique des benzodiazépinés utilisées pour la sédation orale

	Temps pour atteindre la concentration de pointe (h)	Rapidité d'action	Métabolites actifs	Demi-vie approx. (h) du composé d'origine et du(des) métabolite(s) actif(s)
Alprazolam	1–2	Moyenne	Oui	12–15
Diazépam	0,5–2	Rapide	Oui	100
Lorazépam	2–4	Moyenne	Non	10–20
Témazépam	2–3	Moyenne	Non	10–20
Triazolam	1–2	Rapide	Non	1,5–5

D'après les données extraites du site Web du Vancouver Coastal Health, <http://www.vhpharmsci.com/VHFormulary/Tools/Benzodiazepines-comparison.htm>³ et du Compendium des produits et des spécialités pharmaceutiques⁴.

l'alprazolam a un goût amer lorsqu'il est administré par voie sublinguale. Le triazolam et le diazépam (par voie orale) agissent rapidement (moins d'une heure), mais il faut compter entre 1 et 3 heures pour les autres BZD indiquées au **tableau 1**. Il serait clairement désavantageux pour un patient d'avoir à attendre aussi longtemps pour qu'un médicament agisse. Le triazolam est la BZD dont la concentration plasmatique de pointe est atteinte le plus rapidement (1 à 2 h), comparativement à un délai de 2 à 4 h pour le lorazépam. Donc, même si la bonne dose de lorazépam était administrée, un patient pourrait se plaindre d'un effet de sédation insuffisant au début du rendez-vous.

Le métabolisme de certaines BZD donne lieu à la production d'une forme active du composé d'origine, et ceci a une incidence sur la demi-vie du médicament (**tableau 1**). À titre d'exemple, le métabolisme du diazépam libère dans le plasma un métabolite actif principal (desméthyldiazépam) et 2 métabolites actifs mineurs, le 3-hydroxydiazépam (témazépam) et le 3-hydroxy-*N*-diazépam (oxazépam). La demi-vie du diazépam peut varier de 1 à 4 jours⁵. De toutes les BZD indiquées au **tableau 1**, c'est le triazolam, classé parmi les BZD à action rapide, qui a la demi-vie la plus courte (1,5–5 h).

En résumé, le triazolam est la BZD qui répond le mieux aux critères du sédatif idéal. En général, la dose recommandée pour un adulte, pour une sédation orale avant une intervention dentaire, est de 0,25 à 0,5 mg, prise 1 h avant le rendez-vous⁵. Cependant, la prudence s'impose avec toutes les BZD pour assurer un dosage adéquat et éviter une sédation excessive, car la réaction à une dose orale varie considérablement d'une personne à une autre, en particulier chez

les personnes âgées ou malades, pour qui la dose initiale devrait être de 0,125 mg.

Il est en outre conseillé de demander au patient d'arriver dans la mesure du possible 30 minutes avant l'heure prévue du rendez-vous, afin de pouvoir le surveiller de près. De plus, un adulte responsable doit raccompagner le patient à la maison et ne pas le quitter avant que les effets de la sédation se soient dissipés. Enfin, le patient doit s'abstenir de conduire jusqu'au lendemain et il faut lui conseiller d'éviter d'utiliser des outils ou des appareils électriques (p. ex., un mélangeur). ♦

L'AUTEUR

Remerciements : Je remercie le Dr Ian R. Matthew pour son aide dans la préparation du manuscrit.



Le Dr Christopher Kelly est inscrit au programme de résidence en dentisterie générale à l'Hôpital général de Vancouver, Université de la Colombie-Britannique.

Écrire au : Dr Christopher Kelly, Hôpital général de Vancouver, pavillon Willow, 12^e avenue Ouest, Vancouver, BC V5Z 1M9. Courriel : Christopher.Kelly@vch.ca.

Références

1. Jastak JT, Pallasch T. Death after chloral hydrate sedation: report of case. *J Am Dent Assoc* 1988; 116(3):345–8.
2. Moore PA. Psychopharmacology: antipsychotic and antidepressant drugs. In: Yagiela JA, Dowd, FJ, Neidle EA. *Pharmacology and therapeutics for dentistry*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004. p. 196–8.
3. Vancouver Coastal Health. Pharmaceutical Sciences Clinical Services Unit. Comparison of benzodiazepines. Disponible à l'adresse URL : <http://www.vhpharmsci.com/VHFormulary/Tools/Benzodiazepinescomparison.htm> (accédé le 28 novembre 2005).
4. Association des pharmaciens du Canada. Compendium des produits et des spécialités pharmaceutiques. Monographie des benzodiazépines.
5. Ganzberg S. Psychoactive drugs. In: *ADA guide to dental therapeutics*. 3rd ed. American Dental Association: Chicago. 2004. p. 382.

QUESTION 3

Quels soins devrais-je dispenser à un patient qui, au cabinet, se plaint d'une douleur thoracique évocatrice de l'angine de poitrine?

Contexte du problème

L'angine de poitrine est une douleur thoracique habituellement rétrosternale qui souvent, mais pas toujours, irradie dans le bras ou la mandibule gauche. Le patient peut ressentir une pression intense ou une sensation plus vague rappelant une indigestion. L'angine est causée par un apport insuffisant de sang oxygéné dans une partie du muscle cardiaque, attribuable à un rétrécissement des artères coronaires athérosclérotiques, en présence d'une demande accrue en oxygène. La demande en oxygène peut augmenter sous l'effet de l'activité physique ou du stress, y compris le stress généralement ressenti par les patients durant une visite chez le dentiste. Le déséquilibre qui en résulte, entre l'offre et la demande d'oxygène, provoque une douleur et peut aussi endommager le muscle cardiaque. Il y a un infarctus du myocarde (IM) lorsque le muscle cardiaque subit des dommages permanents à la suite d'un manque d'oxygène. En fait, ces syndromes coronaires aigus s'inscrivent dans un continuum qui commence par l'angine – laquelle est réversible – et mène jusqu'à l'infarctus qui se caractérise par la mort des cellules.

Traitement du problème

La prise en charge de toutes les urgences médicales doit se faire selon la règle ABCD, qui comprend les 4 volets suivants : voies aériennes (airway), respiration (breathing), circulation, diagnostic et/ou médicaments (drug) et/ou défibrillation (tableau 1).

Patients ayant des antécédents connus d'angine ou d'infarctus du myocarde

Un patient qui a des antécédents d'angine saura reconnaître une crise angineuse aiguë. Le cas échéant, le patient doit être installé confortablement et les points ABC doivent être évalués rapidement, afin de pouvoir soulager la douleur sans tarder.

A : Assurer la liberté des voies aériennes : Vérifier si le patient peut parler – c'est un signe que ses voies aériennes sont dégagées. Si c'est le cas, aucune autre mesure n'est requise en ce qui a trait aux voies aériennes.

B : Évaluer la respiration : La respiration doit être adéquate, mais le dentiste doit aussi évaluer la possibilité d'hyperventilation afin d'écartier une douleur thoracique consécutive à l'hyperventilation ou à une crise d'anxiété.

C : Évaluer la circulation : En attendant que la nitroglycérine agisse (voir le point D qui suit), le dentiste doit prendre le pouls et la tension artérielle du patient.

D : Administrer les médicaments : Une crise angineuse aiguë est le diagnostic le plus probable et le médicament à administrer est la nitroglycérine.

Le traitement d'un patient souffrant d'angine repose essentiellement sur l'administration de nitroglycérine. Ce médicament est offert en comprimé ou en aérosol, tous 2 administrés par voie sublinguale. Pour un traitement d'urgence, la nitroglycérine est offerte en comprimés de 0,3, 0,4 ou 0,6 mg ou en aérosol (0,4 mg par dose). N'importe laquelle de ces doses peut être choisie. Si le patient a sa nitroglycérine avec lui, celle-ci peut être utilisée comme dose

Tableau 1 Algorithme de prise en charge

Antécédents d'angine	Sans antécédents d'angine
1. ABC et O ₂	1. ABC et O ₂
2. nitroglycérine	2. appeler le 911 (présumer un IM)
Aucun soulagement après 3 à 5 minutes :	
3. répéter la nitroglycérine	3. nitroglycérine
Aucun soulagement après 3 à 5 minutes :	
4. répéter la nitroglycérine	4. répéter la nitroglycérine
Aucun soulagement après 3 à 5 minutes :	
5. appeler le 911 (présumer un IM)	5. répéter la nitroglycérine
6. ASA (160 ou 325 mg)	6. ASA (160 ou 325 mg)
7. si disponible :	7. si disponible :
• morphine 2 mg iv ^a titrée au besoin ou 5 mg im ^b	• morphine 2 mg iv ^a titrée au besoin ou 5 mg im ^b
ou	ou
• N ₂ O:O ₂	• N ₂ O:O ₂

ABC = voies aériennes, respiration et circulation; IM = infarctus du myocarde, ASA = acide acétylsalicylique
^aPour les dentistes disposés à faire des intraveineuses.
^bLa posologie varie suivant les facteurs individuels du patient.

initiale. Un soulagement devrait être observé 1 à 2 minutes après l'administration du médicament.

Après la première dose de nitroglycérine, de l'oxygène à 100 % devrait être administré à l'aide d'un masque transparent.

Si la dose initiale de nitroglycérine ne soulage pas les symptômes, une deuxième et, au besoin, une troisième dose peuvent être administrées, à 3–5 minutes d'intervalle. Si les médicaments du patient ont été utilisés comme première dose, utiliser par la suite la nitroglycérine de la trousse d'urgence, pour écarter la possibilité que la nitroglycérine du patient soit périmée (ce qui peut se produire si le patient a ouvert son flacon il y a plus de 3 mois et que le médicament a été exposé à l'air ou à la lumière).

Parmi les contre-indications à l'usage de la nitroglycérine, mentionnons une pression systolique inférieure à 90 mm Hg ou la prise récente d'un agent pour le traitement de la dysfonction érectile (Viagra [sildénafil] ou Levitra [vardénafil] dans les 24 dernières heures ou Cialis [tadalafil] dans les 48 dernières heures).

Si la douleur persiste toujours après 3 doses, le diagnostic de l'angine doit être remplacé par celui d'IM et les services d'urgence doivent être contactés (appel 911 ou autre). Donner au patient de l'acide acétylsalicylique (Aspirin), en comprimé de 160 ou 325 mg (à croquer ou à avaler directement).

Si un diagnostic d'IM est posé, un analgésique doit être administré. Selon la technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire, la morphine est l'analgésique de choix à administrer en pareil cas. Cependant, si le dentiste ne veut pas garder de morphine dans son cabinet, du protoxyde d'azote et

de l'oxygène, bien dosés pour produire l'effet désiré, constituent un deuxième choix acceptable.

Patient sans antécédents connus d'angine ou d'infarctus du myocarde

Le protocole est le même si le patient n'a pas d'antécédents de cardiopathie ischémique, sauf que les services d'urgence (911) doivent être appelés immédiatement, car le patient doit être transféré et évalué à l'hôpital. ✦

L'AUTEUR



Le Dr Daniel Haas est professeur et vice-doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto, où il détient la chaire Chapman en sciences cliniques et est directeur de la discipline d'anesthésie dentaire. Il est aussi professeur au Département de pharmacologie de la Faculté de médecine et membre du personnel actif du Département de dentisterie, Centre Sunnybrook et Women's College des sciences de la santé.

Écrire au : Dr Daniel A. Haas, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, 124, rue Edward, Toronto, ON M5G 1G6. Courriel : daniel.haas@utoronto.ca.

Rappel aux dentistes de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve



Avez-vous reçu une copie du CD-ROM intitulé Medical Emergencies in the Dental Office, qui comprend du matériel du Dr Dan Haas? Le CD-ROM a été distribué par le CDSPI à l'été 2005.

Si vous l'avez reçu, mais que vous n'avez pas encore eu la chance de le consulter, il n'est peut-être pas trop tard pour remplir le questionnaire qui y est joint et d'obtenir des crédits de formation continue de votre organisme de réglementation dentaire. Si vous avez égaré votre copie, aucune autre n'est malheureusement disponible à l'heure actuelle.

QUESTION 4

Je dois mettre à jour ma trousse pharmaceutique d'urgence. Quels médicaments devrais-je y inclure?

Préparation aux urgences médicales dans les cabinets dentaires

Bien qu'heureusement les urgences médicales se produisent rarement dans les cabinets de dentisterie générale, le dentiste doit être prêt à toute éventualité. Le dentiste devrait d'abord avoir une anamnèse détaillée et à jour de chaque patient afin de pouvoir anticiper les urgences potentielles. Il devrait également demander aux patients d'apporter leurs médicaments avec eux à chaque visite, au cas où surviendrait une urgence (p. ex., salbutamol en aérosol pour les asthmatiques, nitroglycérine pour les patients angineux). De plus, tous les employés du cabinet dentaire devraient être en mesure de pratiquer la réanimation cardio-respiratoire élémentaire. Différents organismes nationaux et locaux offrent des cours de formation sur la réanimation cardio-respiratoire (RCR) de niveau C, qui constitue la norme nationale en matière de RCR élémentaire¹. Le dentiste peut se préparer à une urgence médicale en s'assurant que tous les membres de son personnel connaissent bien leur rôle et en procédant périodiquement à des simulations d'urgence.

L'évaluation de la RCR élémentaire (p. ex., ABC : évaluation des voies aériennes, de la respiration et de la circulation) et des signes vitaux doit précéder l'administration de tout médicament d'urgence. Si le dentiste n'a pas reçu de formation sur l'administra-

tion par voie intraveineuse (IV), il est inutile que sa trousse d'urgence contienne des médicaments de ce type. Pour les injections intramusculaires (IM), les muscles deltoïde, vaste externe et grand fessier offrent une grande masse musculaire, et les risques de lésion ou de perforation des nerfs et vaisseaux adjacents y sont minimes². Le muscle masséter est celui que préfèrent les dentistes pour les injections IM, car ils en connaissent bien l'anatomie. Enfin, la trousse d'urgence doit contenir une variété de seringues (p. ex., 3 et 5 ml) et d'aiguilles (p. ex., calibre 25 × 5/8 po et 1,5 po; calibre 20 × 1 po) hypodermiques pour l'administration des médicaments par voie IM.

Médicaments d'urgence

De l'oxygène en bouteille portative doit pouvoir être administré n'importe où dans le cabinet dentaire, y compris dans les toilettes et la salle d'attente. Une bouteille pleine dimension de type E procure un débit d'oxygène de 5 l/min pendant un peu plus de 2 h. Si le patient est conscient, administrer l'oxygène à l'aide de tubulures de connexion appropriées et de masques faciaux sans réinspiration bien ajustés (modèles pour adultes et enfants). Si le patient est inconscient, l'administration d'oxygène (à environ 100 %) se fait avec un masque et ballon d'anesthésie, et des canules jetables de type Guedel peuvent être utilisées pour supporter la langue. À noter que la pression de la

Tableau 1 Liste des médicaments d'urgence recommandés pour un cabinet de dentisterie générale

Médicament	Dose	Voie	Indication
Oxygène	100 %	Inhalation	Toute urgence médicale, sauf l'hyperventilation
Salbutamol	2 bouffées (200 µg)	Inhalation	Bronchospasme asthmatique
Adrénaline	0,5 mg 0,5 mg	IM IM	Anaphylaxie Asthme réfractaire au salbutamol
Nitroglycérine	0,4 mg	Sublinguale (aérosol)	Douleur angineuse
Acide acétylsalicylique (ASA)	160 ou 325 mg	À croquer et avaler	Cas présumé d'infarctus du myocarde (douleur thoracique persistante)
Morphine	5 mg	IM	Douleur thoracique non soulagée par la nitroglycérine
Hydrocortisone	100 mg	IM	Insuffisance surrénale ou anaphylaxie récurrente
Diphenhydramine	50 mg	IM	Réactions allergiques
Cubes de sucre	1 ou 2 cubes	À croquer et avaler	Hypoglycémie, patient conscient
Glucagon	1 mg	IM	Hypoglycémie, patient inconscient

Encadré 1 Instructions pouvant être incluses dans la trousse pharmaceutique d'urgence pour guider le personnel durant une urgence

ALLERGIE GRAVE/ANAPHYLAXIE

- Mettre le patient en position couchée
- Réanimation cardio-respiratoire élémentaire, oxygène, appeler le 911
- Adrénaline 1:1000, 0,5 mg IM
- Répéter l'adrénaline toutes les 10 minutes, au besoin
- Diphenhydramine 50 mg IM

Réaction moins grave :

- Diphenhydramine 50 mg IM

ASTHME (CRISE AIGÜE)

- Asseoir le patient dans un fauteuil, le dos droit, dans une position offrant un maximum de confort
- Salbutamol en aérosol, 2 bouffées
- Répéter au besoin
- Oxygène

S'il y a aggravation des symptômes, administrer :

- Adrénaline 1:1000, 0,5 mg IM
- Répéter toutes les 10 minutes, au besoin

DOULEUR THORACIQUE

- Asseoir le patient dans un fauteuil, dans une position offrant un maximum de confort

Antécédents connus d'angine

Réanimation cardio-respiratoire élémentaire, oxygène, appeler le 911

Administrer de la nitroglycérine en aérosol et attendre 3 minutes

Si la douleur persiste, répéter la nitro et attendre 3 minutes

Si la douleur persiste, répéter la nitro et attendre 3 minutes

Si la douleur persiste après 3 doses :

Donner de l'ASA (325 mg) si la douleur persiste, à moins de contre-indications

Administration de morphine (5 mg IM) ou sédation par un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène

Sans antécédents d'angine

Réanimation cardio-respiratoire élémentaire, oxygène, appeler le 911

Administrer de la nitroglycérine en aérosol et attendre 3 minutes

Si la douleur persiste, répéter la nitro et attendre 3 minutes

Si la douleur persiste, répéter la nitro et attendre 3 minutes

Donner de l'ASA (325 mg) si la douleur persiste, à moins de contre-indications

Administration de morphine (5 mg IM) ou sédation par un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène

SYNCOPE OU HYPOTENSION

- Mettre le patient en position couchée
- Réanimation cardio-respiratoire élémentaire, oxygène
- Administration de glucose par voie orale, si le patient est conscient

URGENCE DIABÉTIQUE

Hypoglycémie

Si le patient est conscient :

Cubes de sucre par voie orale

Si le patient est inconscient :

Mettre le patient en position couchée

Réanimation cardio-respiratoire élémentaire, oxygène, appeler le 911

Glucagon 1 mg IM

Hyperglycémie

Si le patient est conscient :

Transférer à l'hôpital

Si le patient est inconscient :

Mettre le patient en position couchée

Réanimation cardio-respiratoire élémentaire, oxygène, appeler le 911

bouteille d'oxygène doit être vérifiée régulièrement et la bouteille doit être remplacée lorsque la pression diminue à 500 lb/po² (3447 kPa) car, à cette pression, le débit de 5 l/min ne peut être maintenu que pendant 20 à 25 minutes.

La trousse doit aussi contenir du salbutamol en aérosol pour traiter les crises d'asthme chez les patients qui auraient oublié leur aérosol. Il faut également y inclure des flacons d'adrénaline (1 mg/ml d'une solution 1:1000) pour traiter les réactions anaphylactiques aiguës graves (dose de 0,5 mg) et les crises d'asthme réfractaires au salbutamol en aérosol (dose de 0,5 mg). Les seringues prédosées (p. ex., EpiPen qui contient une dose de 0,3 mg d'adrénaline) permettent de gagner du temps durant une urgence, mais coûtent plus cher que les flacons d'adrénaline.

La nitroglycérine en aérosol, administrée par voie sublinguale (dose de 0,4 mg), est indiquée pour traiter les cas présumés d'angine; à noter que la nitroglycérine se conserve plus longtemps en aérosol qu'en comprimé. Le patient dont la douleur thoracique persiste devrait croquer un comprimé d'acide acétylsalicylique (ASA) (160 ou 325 mg), au cas où il souffrirait d'un infarctus du myocarde, car l'ASA réduit sensiblement les lésions du myocarde. L'ASA est cependant contre-indiquée si le patient y est allergique, et la présence d'un ulcère gastrique constitue une contre-indication relative. Enfin, l'administration de morphine (5 mg IM) est indiquée si le patient souffre d'une douleur thoracique intense, mais un mélange composé à parts égales (50:50) de protoxyde d'azote et d'oxygène, administré par masque facial ou nasal, peut aussi convenir.

Le succinate sodique d'hydrocortisone (100 mg IM) est indiqué pour les patients souffrant d'une crise addisonienne (insuffisance surrénale), et comme traitement de soutien dans les cas de réactions anaphylactiques aiguës, après l'administration d'adrénaline. Le chlorhydrate de diphenhydramine (p. ex., Benadryl) est également indiqué dans les cas de réactions anaphylactiques aiguës (2 capsules de 50 mg) après l'administration d'adrénaline, ou dans les crises d'asthme aiguës graves (50 mg IM).

Il peut aussi arriver qu'un patient diabétique devienne hypoglycémique chez le dentiste. Si le patient est conscient, du glucose par voie orale (sous forme de cubes de sucre) devrait lui être administré. Si le patient est inconscient, l'administration de glucagon (1 mg IM) est alors indiquée.

Les médicaments mentionnés précédemment sont résumés au **tableau 1**. Cette liste n'est pas exhaustive et le dentiste peut y ajouter d'autres médicaments d'urgence, s'il le désire. À titre d'exemple, du diazépam (10 mg IM) peut être administré à un patient qui a des convulsions. Les médicaments inclus dépendront dans une large mesure des choix éclairés faits par le dentiste, de son type d'exercice clinique et de son champ d'activité. Il est également utile de conserver à l'intérieur de la trousse, à titre de référence, une liste des médicaments qui s'y trouvent, avec les doses à utiliser et les indications thérapeutiques (**encadré 1**). Enfin, les cabinets dentaires qui ont accès à Internet peuvent avoir recours à un service de rappel pour renouveler les médicaments un mois avant leur date de péremption³. ✦

L'AUTEUR



Le Dr Ian Matthew est directeur de la Division de chirurgie buccale et maxillofaciale à la Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).

Écrire au : Dr Ian Matthew, Division de chirurgie buccale et maxillofaciale, Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, 2199, Wesbrook Mall, Vancouver, BC V6T 1Z3. Courriel : imatthew@interchange.ubc.ca.

Références

1. Fondation des maladies du cœur. Emergency care/CPR — CPR courses. Disponible à l'adresse URL (volet anglais) : <http://www1.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=33&ArticleID=2717&Src=heart&From=SubCategory> (accédé le 28 novembre 2005).
2. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Health and community services. Procedures for intramuscular injection. Disponible à l'adresse URL : <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/immunization/S4/procedureforintrajection.htm> (accédé le 28 novembre 2005).
3. Novator eReminds. Disponible à l'adresse URL : <http://www.internetreminder.com> (accédé le 28 novembre 2005).