

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 4 Juin 2014 à Poitiers
par **Romain GRIGNON**

Evaluation de la prise en charge
des infections dentaires en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR

Membres : Monsieur le Professeur Roger GIL

Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER

Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michel DOMINAULT

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 4 Juin 2014 à Poitiers
par **Romain GRIGNON**

Evaluation de la prise en charge
des infections dentaires en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR

Membres : Monsieur le Professeur Roger GIL

Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER

Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michel DOMINAULT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUOIA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédiopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELU Daniel, pédiopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury. Je vous remercie aussi beaucoup pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils.

A Monsieur le Professeur Roger GIL

Je vous remercie pour votre travail de doyen au cours de mes études et je suis honoré de votre participation pour cette dernière étape universitaire.

A Mesdames les Docteurs Claire LAFAY-CHEBASSIER et Valérie VICTOR-CHAPLET

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail en faisant partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur Michel DOMINAULT

Merci de m'avoir fait confiance en dirigeant ce travail. Merci pour votre gentillesse, vos conseils avisés, et pour la formation au cours des six mois de stage passés chez vous.

A Monsieur le Docteur Emmanuel THOMAS

Merci pour ta participation à ma thèse et pour tes conseils de chirurgien-dentiste.

Aux médecins des Deux-Sèvres qui m'ont permis de faire cette enquête

Merci pour votre aimable participation.

A mon épouse Laurianne

Merci de nous avoir très récemment apporté notre petite Madeleine et merci pour ton aide lors de ce travail.

A ma fille Madeleine

Merci pour tes jolis sourires de bébé.

A mes parents

Merci pour tous vos soutiens au cours de mes études.

A mes grands-parents

Merci pour votre présence constante et bienveillante.

A mon frère Clément

Merci pour la complicité que nous partageons.

A toute ma famille proche

Merci pour toutes vos aides diverses et variées...

A Jean-Charles et Damien

Merci pour tous les bons moments que nous avons partagés ensemble pendant toutes ces années.

A Alain

Merci pour la distraction que tes repas du jeudi m'ont apporté au cours de ce travail.

PLAN DE LA THESE

ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	10
DONNEES DE LA LITTERATURE.....	11
I-Recherches bibliographiques.....	12
II- Synthèse des recherches.....	13
A- <u>Généralités</u>	13
1. Quelques chiffres	
2. Rappels anatomiques	
B- <u>La carie</u>	16
1. Facteurs de risque de carie	
2. Physiopathologie de la carie	
3. Evolution de la carie	
4. Les manifestations à distance	
C- <u>L'examen clinique</u>	20
1. L'interrogatoire	
2. L'examen physique	
3. La radiographie	
4. Critères du dictionnaire de la SFMG	
D- <u>Les lésions dentaires et leurs complications</u>	23
1. Carie de l'émail	
2. Carie de la dentine	
3. Pulpite aiguë	
4. Desmodontite	
5. Abscess dentaire	
6. Cellulite cervico-faciale	
7. Sinusite maxillaire d'origine dentaire	

E- <u>Prise en charge</u>	29
1. Conseils à donner aux patients	
2. Traitements antalgiques	
3. Problématique des anti-inflammatoires	
4. Prescription d'une antibiothérapie	
6. Prévention de la carie dentaire	
7. Cas particuliers	
F- <u>Barrières à l'accès aux soins dentaires</u>	40
1. Difficulté d'accès au dentiste	
2. Motifs économiques	
3. Crainte de la douleur	
G- <u>La relation médecin / dentiste</u>	42
H- <u>Le regard des chirurgiens-dentistes</u>	43
1. FMC de médecine générale sur l'odontologie avec des chirurgiens-dentistes	
2. Entretien avec un chirurgien-dentiste de la Vienne	
I- <u>Les connaissances et les besoins en formation des médecins</u>	45
METHODE.....	47
I- Description de l'étude	48
II- Sélection des médecins	49
III- Questionnaire	49
IV- Chronologie de l'étude	50
V- Analyse	51
RESULTATS.....	52
I- Participation	53
II- Recueil des réponses au questionnaire	53
III- Fréquence du motif de consultation	54
IV- Infections dentaires vues en cabinet	55
V- Habitudes professionnelles	56
A- <u>L'examen clinique</u>	
B- <u>Les traitements antalgiques</u>	
C- <u>L'antibiothérapie</u>	
D- <u>L'orientation vers le chirurgien-dentiste</u>	

VI- Difficulté(s) potentiellement rencontrée(s) devant une infection dentaire	62
VII- Evaluation de la formation initiale des médecins et de leur intérêt éventuel pour une formation complémentaire	63
DISCUSSION	65
I- Principaux résultats	66
A- <u>Fréquence du motif de consultation</u>	
B- <u>Infections dentaires vues en cabinet</u>	
C- <u>Habitudes professionnelles</u>	
1. L'examen clinique	
2. L'antalgie	
3. L'antibiothérapie	
4. L'orientation vers un chirurgien-dentiste	
D- <u>Difficulté(s) rencontrée(s)</u>	
E- <u>La formation</u>	
II- Critique de la méthode	70
A. <u>Biais de l'étude</u>	
1. Biais de sélection	
2. Biais de mesure	
B. <u>Points forts</u>	
III- Les ouvertures possibles	71
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXE 1	78
ANNEXE 2	79
RESUME	81
SERMENT	82

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament (remplaçant l'AFSSAPS)

ARS : Agence Régionale de Santé

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

FIBD : Foyer Infectieux Bucco-Dentaire

FMC : Formation Médicale Continue

Gy : Gray

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPM : Partie Par Million

SFCO : Société Française de Chirurgie Orale

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire a un impact sur l'état général et la qualité de la vie de chacun. Or, une affection chronique et très fréquente sévit dans la population générale : il s'agit de la carie dentaire. Celle-ci est une maladie infectieuse de la dent dont les complications sont potentiellement graves.

La carie, si elle n'est pas traitée précocement, évolue insidieusement et aboutit à la formation d'un foyer infectieux pouvant engendrer une cellulite faciale, une sinusite maxillaire, ou encore une endocardite.

La prévention, le dépistage et le traitement de ces infections dentaires sont une des missions des chirurgiens-dentistes mais également des médecins généralistes.

En effet, pour le médecin généraliste, il n'est pas rare de recevoir un patient présentant une pathologie dentaire (le plus souvent sous la forme d'une douleur aiguë comme la « rage de dent »). Ceci pour deux raisons principales : soit parce que le patient n'a pu être reçu par son dentiste, soit parce que le patient fait directement appel à son médecin traitant.

Cependant, devant ces situations, le médecin n'a pas un accès immédiat aux examens complémentaires comme la radiographie. Le diagnostic fait donc appel à un interrogatoire et un examen clinique précis. De surcroît, des questions thérapeutiques peuvent se poser, comme, par exemple, la nécessité de la mise en place d'une antibiothérapie ou le recours à un traitement anti-inflammatoire...

Il nous est alors paru intéressant de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes face aux patients souffrant d'infections dentaires faisant suite à une carie. Nous avons retrouvé peu d'études sur ce sujet. Afin de répondre à cette question, nous avons choisi de mener une étude par le biais d'un questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.

DONNEES DE LA LITTERATURE

I- Recherches bibliographiques

La bibliographie a été obtenue grâce à une recherche sur internet. Les différents sites visités ont été les suivants :

- moteur général de recherche : google
- google scholar
- site de la HAS
- Springer link
- Pub Med.
- site de la société française de médecine générale
- catalogue de la bibliothèque : SUDOC.

Les mots-clés utilisés ont été :

1. En français :

- médecine générale, médecin généraliste
- dent, dentiste
- douleur dentaire, infection dentaire
- motif de consultation

2. En anglais:

- general medicine, general practice, family practice, physician
- dental care, dental infection, dental pain
- tooth, toothache

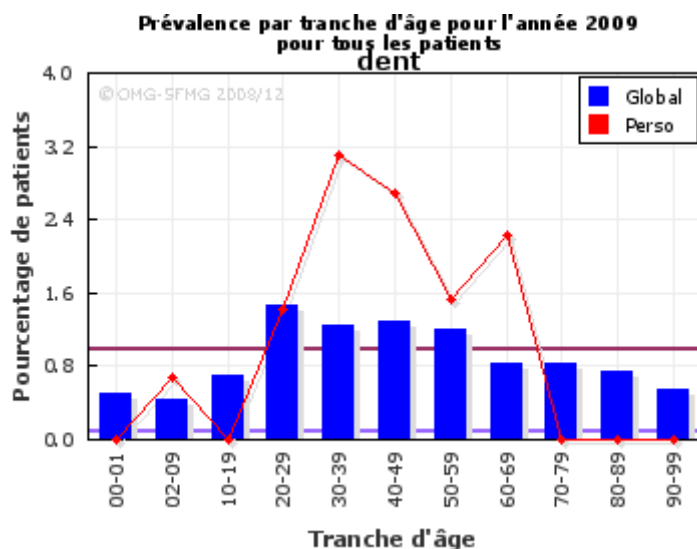
D'autre part, un entretien avec un chirurgien-dentiste et une formation médicale continue organisée par des médecins généralistes, à laquelle les dentistes locaux étaient conviés, ont apportés des éléments de réflexions très intéressants.

II- Synthèse des recherches

A- Généralités

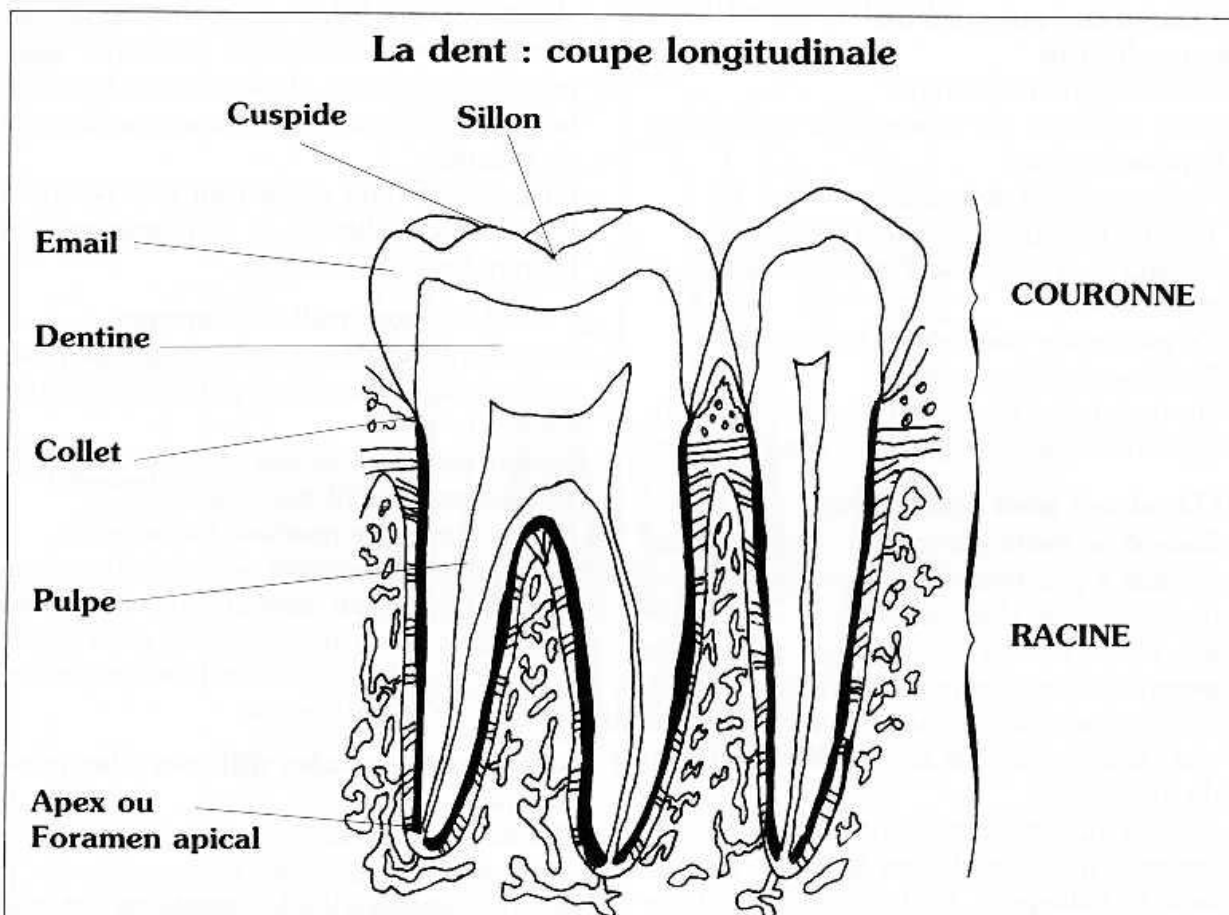
1. Quelques chiffres :

- 60 à 90% des enfants scolarisés dans le monde et près de 100% des adultes ont des caries [31].
- La carie dentaire est l'affection chronique la plus fréquente entre 0 et 6 ans [25].
- La douleur est le premier motif de consultation en odontostomatologie avec une forte prévalence d'algies pulpaires (« rages de dent ») [14].
- 1.5 % des résultats de consultation pendant l'année 2009 étaient en rapport avec des pathologies de la dent selon l'observatoire de la médecine générale [20].



- 10.3% des motifs de consultation étaient dus à une pathologie dentaire chez les patients précaires en 1997 [11].
- 46 % des renoncements aux soins bucco-dentaires furent causés par des problèmes économiques en 2000.
- 10 à 40 % des sinusites seraient d'origine dentaire [19].
- Les cellulites faciales sont la première complication des foyers infectieux dentaires et représentent la principale urgence en chirurgie maxillo-faciale.
- 64 % des infections cervico-maxillo-faciales d'origine dentaire avec gravité sont en rapport avec une absorption d'anti-inflammatoire [24].
- 10 % de toutes les prescriptions d'antibiotiques sont liées aux infections dentaires [2].

2. Rappels anatomiques [9]



Les dents sont formées de deux parties distinctes :

- la **couronne** (partie visible de la dent). Elle est constituée d'une couche d'**émail** recouvrant la **dentine** et la **pulpe** (contenue dans la chambre pulpaire).
- La **racine** (partie invisible de la dent). Elle est constituée d'une couche de ciment recouvrant la **dentine** et la **pulpe** (contenue dans le canal dentaire).

La limite entre la couronne et la racine s'appelle le **collet**.

L'émail :

C'est le tissu le plus dur de l'organisme. Il est constitué de 95 % de matières minérales. Ce tissu inerte recouvre et protège la dentine.

La dentine :

elle forme l'essentiel de la partie dure de la dent :

- Au niveau de la couronne elle est recou-

verte par l'émail.

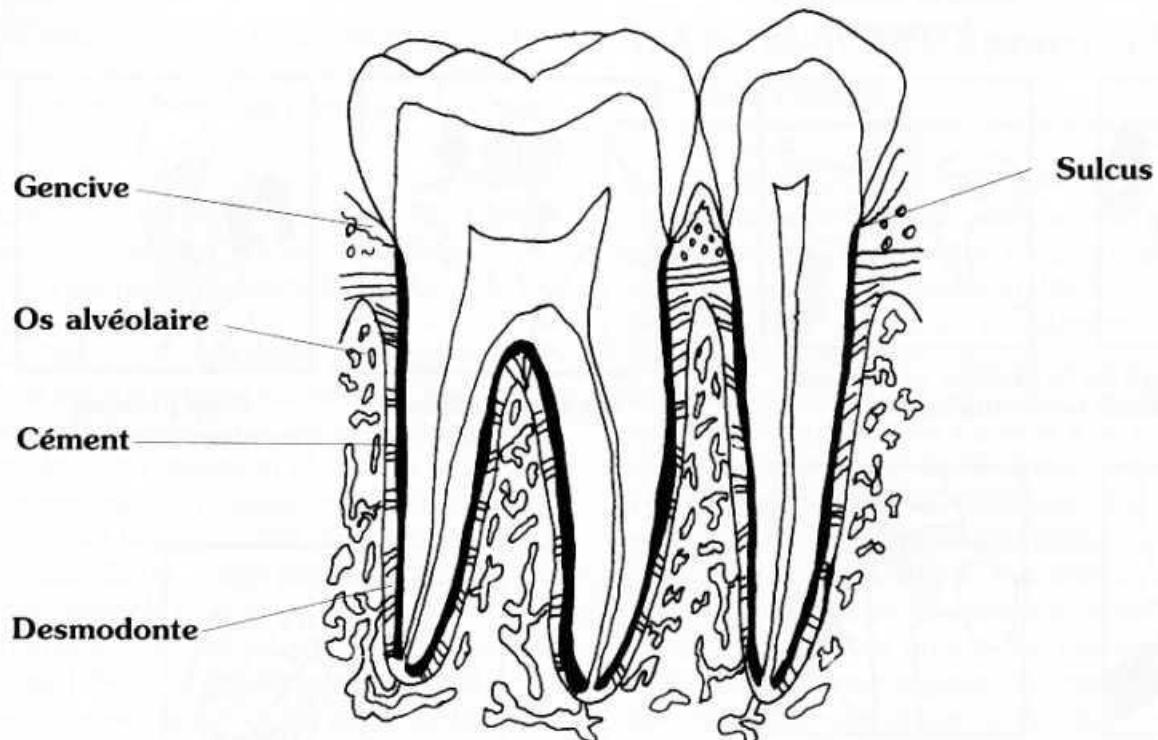
- Au niveau de la racine elle est recouverte par le ciment.

La dentine contient un nombre très important de canaux microscopiques dans lesquels se trouvent des prolongements nerveux venant de la **pulpe**. Ils transmettent la sensation de douleur. Au centre de la dent se trouve une cavité (canal et chambre pulpaire) contenant la pulpe.

La pulpe :

Elle est responsable des sensations de douleur. C'est un tissu conjonctif contenant des nerfs et des vaisseaux sanguins (artères, veines et lymphatiques). La pulpe est en relation avec les réseaux vasculaires et nerveux de l'organisme par le foramen apical ou apex (extrémité de la racine).

Le parodonte : coupe longitudinale



Le parodonte est l'ensemble des éléments de soutien de la dent. Il se compose de 4 tissus : la **gencive**, l'**os alvéolaire**, le **desmodonte** et le **cément**.

La gencive :

C'est la partie visible du parodonte. Elle a un rôle protecteur. C'est un tissu conjonctif recouvert d'un épithélium kératinisé, de couleur rose pâle avec des pigmentations brunes plus ou moins marquées. Elle se prolonge par la muqueuse plus fine et plus vascularisée.

De la muqueuse à la dent, on distingue :

- La **gencive attachée** qui adhère à l'os sous-jacent et qui présente un aspect granité semblable à une peau d'orange.
- La **gencive marginale** qui entoure le collet de la dent.
- La **gencive papillaire** qui forme la papille interdentaire.

L'attache épithéliale assure la jonction de la gencive à la dent en formant le **sulcus**.

Cette adhérence intime de la gencive à la dent joue un rôle fondamental dans la protection des tissus sous-jacents.

L'os alvéolaire (ou procès alvéolaire) :

C'est un os spongieux en partie recouvert par une corticale dense.

Cet os "vit et meurt" avec la dent qu'il supporte. Il est sans cesse en remaniement.

Il est très sensible aux traumatismes et à l'agression bactérienne de la plaque dentaire à laquelle il répond dans certains cas par une résorption osseuse.

Le desmodonte :

C'est un tissu conjonctif richement vascularisé et innervé. Ses fibres s'insèrent d'une part dans le cément, d'autre part dans l'os alvéolaire. Elles ont pour fonction de maintenir la dent au tissu osseux et de lui transmettre les sensations de pression.

Le desmodonte réalise une véritable suspension de la dent dans l'os et joue le rôle d'amortisseur.

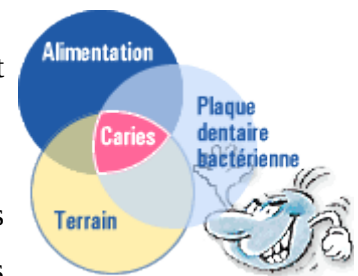
B- La carie

1. Facteurs de risque de carie

Les acides fragilisent les dents en provoquant une déminéralisation de l'émail. Cette déminéralisation est la première étape de la carie.

Certains aliments sont naturellement acides et donc cariogènes pour les dents (jus de fruits, sodas, colas, ketchup...). D'autres, les sucres, sont utilisés par les bactéries naturellement présentes dans la flore buccale. Ces bactéries se développent là où persistent les restes alimentaires qu'elles utilisent pour leur métabolisme. Elles forment un enduit sur les dents appelé plaque dentaire bactérienne. La plaque dentaire se développe rapidement après un repas. Elle peut être observée en couche par coloration au révélateur de plaque. Un brossage efficace élimine cette plaque bactérienne.

Le schéma de Keyes [34] nous explique que la carie ne peut se développer sans l'interférence de quatre facteurs :



a. *La plaque dentaire bactérienne* : plus de 60 à 70 espèces de bactéries différentes cohabitent dans la bouche de l'homme. Elles constituent la plaque bactérienne. Les streptocoques et lactobacilles, favorisent le développement des caries. Un milieu buccal riche en ces bactéries présentera d'autant plus de risques de développer des caries.

b. *Le terrain* : certains d'entre nous sont plus fragiles que d'autres ; les dents dont l'émail est mince, mal minéralisé, résisteront moins bien aux acides de la plaque bactérienne. Des dents au relief accentué, mal positionnées, retiendront plus facilement les débris alimentaires et favoriseront l'accumulation de plaque bactérienne.

c. *L'alimentation* : riche en acides, elle favorisera la déminéralisation de l'émail. Riche en sucres et faite de grignotages constants ou au contraire équilibrée, elle favorisera ou limitera le développement de la plaque dentaire.

d. *Le temps* : chaque fois que ces 3 facteurs (plaque dentaire, dents, alimentation) sont en présence, il y a risque pour les dents ; mais une carie demande du temps pour se constituer.

2. Physiopathologie de la carie :

La carie est la destruction progressive de la dent, par déminéralisation de ses tissus durs. Elle progresse toujours de l'extérieur vers l'intérieur de la dent [35].

Stade 1 :

Destruction de l'émail, pas de douleur.

Stade 2 : La dentine est agressée. Moins dure que l'émail, elle laissera la maladie s'étendre profondément.

Le chaud, le froid, le sucré et l'acide peuvent provoquer la douleur.



Stade 3 :

L'invasion bactérienne progresse et attaque la pulpe : c'est la pulpite.

De violentes douleurs spontanées apparaissent alors (« rage de dent »).

Stade 4 :

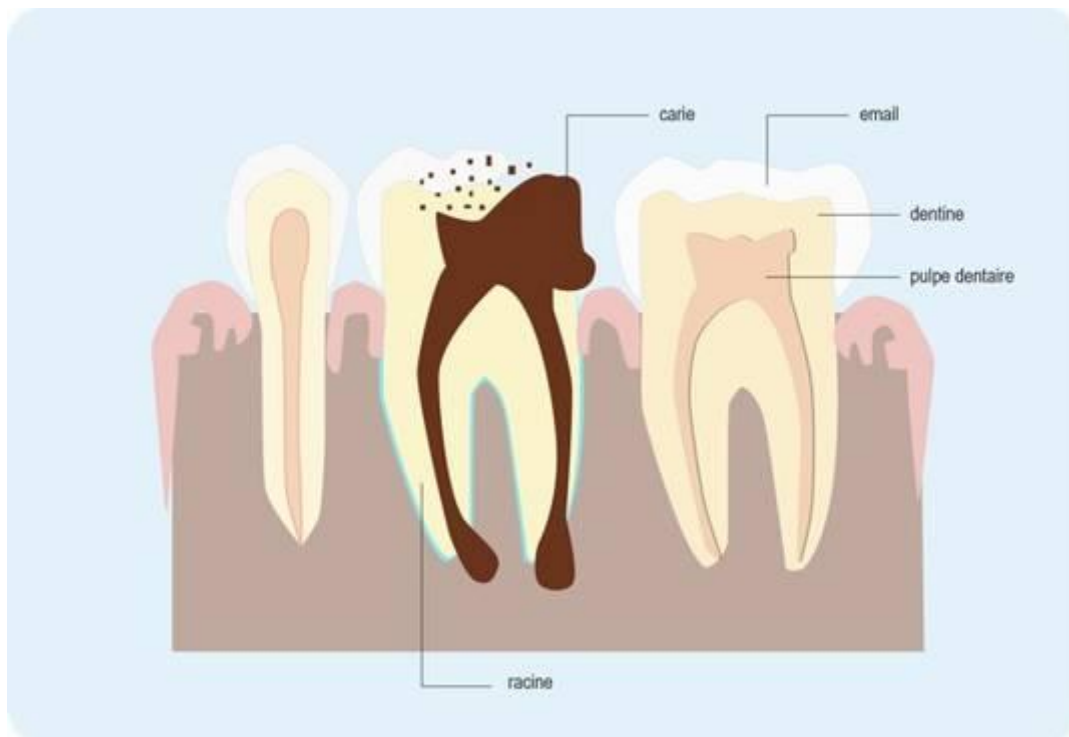
La prolifération bactérienne progresse vers les tissus qui environnent la dent (ligament, os, gencive), c'est l'abcès dentaire. Ce foyer infectieux peut être à l'origine de pathologies à distance : les germes peuvent migrer par voie sanguine dans tout l'organisme (le cœur, les sinus, les reins, les yeux, les articulations...).



3. Evolution de la carie :

Elle se fait vers une inflammation de la pulpe dentaire. Le processus (qui peut être lent ou rapide) se fait vers la carie pénétrante de la pulpe, entraînant des pulpopathies (à noter que la desmodontite qui est l'inflammation du ligament alvéolo-dentaire fait souvent suite à la nécrose pulpaire).

Il faut retenir que, sans traitement, le processus carieux évolue toujours. Il n'y a pas de guérison ni d'arrêt spontané de la maladie.



Génie évolutif de la carie dentaire :

Carie de l'émail (Stade 1) => Carie de la dentine (Stade 2)

=> Pulpite (Stade 3) => Infection apicale (atteignant la racine) (Stade 4)

=> Nécrose pulpaire => Complication infectieuse [12].

4. Les manifestations à distance :

Plusieurs mécanismes [7] peuvent être responsables du développement d'une affection d'origine dentaire à distance.

Parmi les mécanismes directs, on invoque essentiellement les bactériémies, par métastases hématogènes ou par diffusion sanguine des produits du métabolisme bactérien (toxines).

L'infection bactérienne peut aussi se propager à partir du site dentaire par des voies anatomiques. Cette propagation peut être osseuse, sinusienne, vasculaire, nerveuse ou cheminer le long des aponévroses cervicales qui délimitent les loges du cou.

La déglutition ou l'inhalation de produits contaminés par le foyer bucco-dentaire (pyrophagie) peuvent également être en cause.

Sans traitement, l'abcès évolue plus ou moins vite vers une fistulisation. Ce phénomène atténue les symptômes, mais l'infection peut alors engendrer des complications en se diffusant à d'autres parties du corps :

- Les zones voisines de l'abcès : les germes peuvent atteindre la langue, la gorge ou les sinus maxillaires.
- Certains organes via le réseau veineux : les bactéries produisent quelquefois des infections cérébrales ou faciales. Il existe alors un risque de thrombophlébite cranio-faciale.
- Les germes responsables de l'abcès peuvent aussi engendrer une nouvelle infection à distance de la première :
 - endocardite,
 - pneumopathie,
 - néphropathie,
 - au niveau de la peau ou des tissus sous-cutanés,
 - au niveau d'une articulation ou d'une prothèse (hanche, genou).

- Dans le cas du système respiratoire, l'infection peut également être causée par des bactéries inhalées causant une infection broncho-pulmonaire.
- Le système digestif peut être atteint par des bactéries ingérées provoquant parfois une gastrite, une entérite ou une colite.

Enfin, un abcès dentaire non soigné peut déclencher des manifestations générales telles :

- une septicémie,
- une fièvre inexpliquée,
- un facteur de risque de maladies cardiovasculaires (athérosclérose, ischémie) [1].

Moins bien connus sont les mécanismes indirects [7]. L'infection apico-dentaire pourrait agir par des mécanismes réflexes (troubles vasomoteurs, sécrétoires ou sensitifs), ou encore provoquer l'apparition d'anticorps et de complexes immuns circulants susceptibles de s'accumuler dans certains organes (reins, articulations).

C- L'examen clinique

1. L'interrogatoire :

a. Concernant la douleur :

Rappelons que la douleur est le premier motif de consultation en odontostomatologie avec une forte prévalence d'algies pulpaire [14].

La définition de la douleur par l'OMS est la suivante : « sensation et émotion désagréables associées à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou présentées en des termes décrivant de telles lésions. » [17]

Les caractères de la douleur dentaire peuvent suffire à établir le diagnostic de l'action causale, ou orienter le reste de l'examen avec précision [13]. Parmi les questions pertinentes :

- Depuis quand la douleur est-elle apparue ?
- Les phénomènes augmentant cette douleur : chaud, froid, acide, sucre.
- Les spécificités de cette douleur : sourde, pulsatile, continue, discontinue.
- Le patient peut-il localiser cette douleur, son irradiation est-elle aggravée par le décubitus, augmente-t-elle le soir ?
- Y a-t-il un phénomène de gonflement après un repas ?

b. Concernant le patient :

- A-t-il un traitement en cours ?
- Si oui, quels médicaments prend-il, en particulier des biphosphonates ?
- A-t-il pris de l'aspirine ou un AINS récemment ?
- A-t-il eu de la fièvre accompagnant cet épisode douloureux ?
- A-t-il eu une intervention stomatologique récente ? Ou a-t-il récemment vu un chirurgien dentiste ?
- A-t-il reçu une radiothérapie ?

2. L'examen physique :

a. Exo-buccal :

- Recherche d'une plaie de la face.
- Recherche de tuméfaction ou d'ecchymose.
- Recherche d'adénopathies.

b. Endo-buccal :

- Examen minutieux de toute la cavité buccale : recherche d'ulcération, d'abcès en formation, de lésion carieuse, de mobilité dentaire.
- Dès que le patient a signalé la dent douloureuse, on notera son aspect, le degré de son atteinte carieuse, sa mobilité, sa couleur et la qualité des tissus de soutien.
- L'examen de la pulpe est indispensable car cela déterminera le diagnostic : atteinte carieuse de la pulpe, présence de pus, odeur se dégageant de la pulpe.
- Les tests de vitalité ou tests thermiques (réaction de la dent au chaud et au froid).
- La réaction de la dent aux chocs (test de percussion axiale et transversale) qui renseigne sur la qualité de la zone apicale de la dent, douloureuse ou non, va aider à établir un diagnostic précis.
- La qualité du vestibule (comblé ou non) [9].

3. La radiographie

- Le cliché rétro-alvéolaire et le panoramique dentaire (ou orthopantomogramme) montrent la lésion carieuse sous forme d'une lacune radio-transparente et permettent surtout l'exploration parodontale et apicale (granulome ou kyste péri-apical).

4. Critères du dictionnaire de la SFMG [20] :

Définition (extrait) du DRC (Dictionnaire des Résultats de Consultation) pour : *Dent*

Critères (issus du DRC et à renseigner en consultation selon notre examen clinique) :

DOULEUR

- d'une ou plusieurs dent(s)
- à distance : oreille, articulation temporo-maxillaire, gorge, face

- + - lancinante
- + - sensibilité au chaud / froid
- + - provoquée par la mastication, par la percussion

TUMÉFACTION

- gencive
- extensive au sillon gingivo-jugal, à la joue

LÉSION(S) DENTAIRE(S)

- carie, chicot
- fracture/luxation/malposition
- radiologique (lésions périapicales : granulome, kyste, dent de sagesse incluse)

PUS

- suintant à la pression de la gencive
- abcès dentaire

+ - fièvre ou sensation de fièvre

+ - adénopathie

+ - récurrence

D- Les lésions dentaires et leurs complications

1. Carie de l'émail (Stade 1) :

- La carie de l'émail est asymptomatique ou peut se traduire par une réaction exacerbée aux tests thermiques.
- On retrouve souvent une simple rugosité à l'inspection et au sondage.
- Le premier stade est représenté par la tache blanche, le deuxième par la tache brune.

2. Carie de la dentine (Stade 2) :

- L'atteinte de la dentine est marquée par une douleur brève, plus ou moins modérée, inconstante et localisée à la dent.
- Cette douleur est provoquée par le froid et le chaud, les aliments sucrés ou acides.
- L'examen met en évidence une cavité laiteuse ou claire ou une lésion grise noirâtre ou brune dans laquelle on peut enfoncer une sonde dentaire, qui rencontre une dentine ramollie.
- Les tests de vitalités montrent une vitalité pulpaire conservée avec une douleur localisée à la dent [12].

3. Pulpite aiguë (Stade 3) :

- Le patient a déjà eu des épisodes douloureux, la douleur est discontinue, vive, exacerbée par le chaud et le froid, lancinante, pulsatile.
- Le patient ne reconnaît pas la dent douloureuse en raison de l'irradiation de la douleur vers les dents adjacentes.
- La percussion axiale est négative, ce qui signifie une absence d'atteinte du périapex.
- La percussion transversale est positive, ce qui signale une atteinte pulpaire.
- Les tests thermiques sont positifs.
- Le cliché radiologique ne révèle pas d'atteinte du périapex [9].

4. Desmodontite :

- Il s'agit d'une inflammation du ligament alvéolo-dentaire, ou desmodonte. Elle peut faire suite à une pulpite ayant entraîné une nécrose pulpaire [12].
- La douleur est spontanée, lancinante, pulsatile, permanente avec recrudescence nocturne. Elle est majorée par le chaud, le décubitus et la percussion axiale ; elle peut également être minorée par le froid.
- L'interrogatoire peut retenir la sensation d'une « dent longue » ou «élastique » (douleur provoquée par le contact de la langue ou de la dent antagoniste).
- L'examen endobuccal met souvent en évidence une carie et une inflammation locale.
- Les tests de vitalité pulpaire sont négatifs car la dent est mortifiée.
- On peut noter parfois un début de comblement vestibulaire qui est un début d'abcès.
- L'évolution [13] peut aussi se faire sur un mode chronique et créer un granulome apical.

5. Abscess dentaire (Stade 4)

- Le signe le plus caractéristique de l'abcès est une douleur intense et lancinante, dans la dent ou la gencive. En général, cette sensation douloureuse survient soudainement, et peut s'aggraver en quelques heures ou quelques jours. Parfois, elle se propage à l'oreille, à la mâchoire inférieure ou au cou, du même côté que la dent touchée.

D'autres signes [1] apparaissent quelquefois :

- un sentiment général de malaise ou de fatigue ;
- une fièvre oscillant entre 38 °C et 39 °C ;
- des troubles du sommeil ;
- un œdème de la gencive ;
- des adénopathies cervicales ;
- un trismus ;
- un goût désagréable dans la bouche ;
- une dysphagie ;
- une sensibilité au chaud ou parfois au froid ;
- une douleur à la pression.

6. Cellulite cervico-faciale

Les cellulites cervico-faciales sont des infections graves engageant le pronostic vital. Elles sont définies comme des infections des espaces aponévrotiques profonds de la face et du cou. L'absence de barrière anatomique permet la diffusion de l'infection de manière rapide, de la base du crâne au diaphragme [4].

Physiopathologie :

La porte d'entrée des cellulites cervico-faciales est, le plus souvent, une infection dentaire. Les cellulites développées selon ce mode ont donc la particularité d'être des infections profondes, ayant pour origine un abcès ostéo-sous périosté, diffusé secondairement aux tissus cellulo-gras de la face, mais aussi aux tissus profonds, musculaires. Ce mécanisme de diffusion explique les complications régionales, liées aux compressions d'organes de voisinage.

Les cellulites surviennent le plus souvent chez des patients en « bonne santé », et les déficits immunitaires n'y sont pas retrouvés de façon fréquente. Ils favorisent, en revanche, l'apparition de cellulites gangréneuses, véritables fasciites nécrosantes au pronostic redoutable, heureusement rares.

Si la cellulite fait souvent suite à une infection profonde et négligée d'une dent, elle peut aussi survenir dans les suites d'un traitement dentaire, voire sur une dent de sagesse incluse (s'infectant en péri coronarite) [21], dont l'existence même est ignorée du patient.

La prise d'AINS, enfin, volontiers prescrits (ou auto-prescrits) en cas de douleurs dentaires, est un facteur prédictif de gravité des cellulites dentaires (que le mécanisme de cette aggravation soit lié à une diminution majeure de la douleur, masquant les signes d'évolution, ou à un rôle favorisant de l'infection par diminution de l'immunité).

Points essentiels :

- Les cellulites graves d'origine dentaire peuvent survenir chez des patients jeunes, en bonne santé, sans immunodépression.
- La fièvre est inconstante.
- L'examen de la cavité buccale peut être normal, en cas d'infection sur une dent incluse.
- La prise d'AINS est, en soi, un facteur de risque de développer une cellulite grave.
- Le trismus serré et l'œdème du plancher sont les deux autres facteurs de gravité des cellulites mandibulaires.
- Les cellulites mandibulaires graves diffusent vers les VADS, avec un risque d'arrêt respiratoire par compression, et vers le médiastin, avec un risque de médiastinite.
- Les signes de compression des VADS sont l'orthopnée et la dysphagie totale, et non la désaturation en oxygène, qui ne survient que très tardivement.
- Les cellulites maxillaires graves diffusent vers le massif facial, avec thrombose infectée de la veine faciale et risque de thrombose suppurée du sinus caverneux [5].

7. Sinusite maxillaire d'origine dentaire

Devant une sinusite traînante, il faut penser à une affection dentaire [28].

Une source odontogène doit être suspectée chez les patients ayant une anamnèse de douleur ou d'infection dentaires, de soins dentaires récents et qui présentent une sinusite unilatérale prolongée ou résistant à un traitement médical habituel.



a. Carie dentaire, nécrose pulpaire et propagation intrasinusienne [19] ;

b. Infection parodontale et propagation intrasinusienne

- Il s'agit essentiellement des molaires supérieures. Seules les incisives ne sont jamais procidentes dans le sinus maxillaire.
- Lors du vieillissement physiologique (raréfaction osseuse), les rapports du bas fond sinusien deviennent de plus en plus étroits avec les apex dentaires. L'infection d'un apex dentaire peut ainsi évoluer vers le sinus, réalisant une sinusite aiguë ou chronique, suppurée ou non [7].
- L'orthopantomogramme est le cliché de base à la recherche d'une lésion d'origine dentaire. Il permet également de bien voir la relation entre les dents du maxillaire et le sinus.
- Le scanner avec des reconstructions dans les trois plans de l'espace est à l'heure actuelle l'examen de choix pour la visualisation des structures osseuses et des tissus mous [19].
- La prise en charge des sinusites dentaires impose, sous peine d'échec, de traiter conjointement sinus et dent. Le traitement est donc médico-chirurgical et porte toujours sur la sinusite (traitement antibiotique) et la cause dentaire (traitement dentaire et/ou chirurgical).

E- Prise en charge

1. Conseils à donner aux patients :

Le rôle principal du médecin est d'orienter le patient vers un dentiste ou un stomatologue, seuls en mesure de traiter la cause [13].

En attendant, nous pouvons donner aux patients les conseils suivants :

- évitez les aliments et boissons très chauds ou très froids ;
- privilégiez les aliments mous et mastiquez avec le côté sain de la bouche ;
- utilisez une brosse à dents souple et ne passez pas de fil dentaire autour de la dent concernée ;
- prenez un médicament pour calmer la douleur. Le paracétamol est à utiliser en première intention.
- appliquez sur votre visage, au niveau de l'abcès, une poche de glace entourée d'un linge propre (pas plus de dix minutes d'affilée) [1].

2. Traitements antalgiques

Classification de la douleur selon les paliers de l'OMS :

- *Niveau 1 : Antalgiques non morphiniques*
 - Paracétamol
 - Aspirine et AINS
- *Niveau 2 : Agonistes morphiniques faibles*
 - Codéine, tramadol...
 - +/-association avec paracétamol
- *Niveau 3 : Agonistes morphiniques forts*

Recommandation OMS : la codéine est l'antalgique de niveau 2 de première intention.

A propos de la codéine :

- Elle est associée au paracétamol.
- Parmi les antalgiques de niveau 2, c'est elle qui fournit le meilleur profil de sécurité.
- On la retrouve souvent dans les sirops antitussifs.
- Attention : elle est métabolisée en morphine d'où un risque de mésusage [22].

3. Problématique des anti-inflammatoires :

L'observation fréquente de cellulites maxillo-faciales d'origine dentaire en rapport avec une utilisation inadéquate d'anti-inflammatoires, oblige à faire une mise au point quant à l'emploi de ces substances.

L'inflammation est un processus général de défense et d'adaptation de l'organisme à toute agression tissulaire. En effet, lorsqu'un élément étranger (un micro-organisme par exemple) pénètre dans l'organisme, celui-ci réagit en mettant en jeu de nombreux systèmes biologiques cellulaires (polynucléaires, macrophages, lymphocytes, plaquettes...), immunitaires (histamine, prostaglandines, anticorps...). Ceci, dans le but de circonscrire voire d'éliminer le corps étranger agresseur qui, de son côté, tente de se développer et d'envahir l'organisme tout entier.

L'inflammation apparaît donc comme une réaction de défense de l'organisme face à une agression. Elle va se traduire par les 4 signes cardinaux de Celse : la rougeur, la chaleur, la tumeur et la douleur.

Ainsi donc, au cours des inflammations d'origine infectieuse, l'administration exclusive de substances anti-inflammatoires, loin d'être bénéfique, va inhiber le chimiotactisme des cellules de défense de l'organisme et favoriser la diffusion de l'infection. Il en est de même en cas d'administration d'AINS associée à une antibiothérapie inadaptée, inefficace sur le genre causal.

Les anti-inflammatoires potentialisent tous l'infection. Par ailleurs, les AINS favorisent les hémorragies. Lors des inflammations d'origine infectieuse, la prescription d'anti-inflammatoires au départ, est déconseillée voire dangereuse ; elle ne pourra éventuellement se faire que lorsque le traitement antibiotique (associé ou non à un traitement chirurgical) aura fait la preuve de son efficacité [24].

Points essentiels :

- Les anti-inflammatoires sont souvent utilisés comme antalgiques.
- Marché financier très important ce qui peut entraîner une information peu objective sur cette classe [22].
- La meilleure arme contre les complications reste la prévention : proscrire l'automédication d'AINS sans avis médical... [16]
- Les anti-inflammatoires ne doivent pas être pris à la légère. Souvent accessibles sans ordonnance, ils peuvent pourtant avoir des conséquences redoutables.
- Les AINS sont contre-indiqués en cas d'abcès dentaire [1].
- La prise d'AINS est, en soi, un facteur de risque de développer une cellulite grave [5].
- Concernant les AINS et les risques de cellulite [4], il ne s'agit que d'un avis d'experts puisque les études cliniques ne sont pas concordantes en dehors du cas particulier de la varicelle au cours de laquelle les AINS sont clairement à risque de développement d'une cellulite. Le rôle favorisant des corticostéroïdes dans la survenue des cellulites n'est pas non plus formellement démontré. En revanche, une étude rétrospective suggère qu'elle pourrait majorer les risques d'extension de ces infections au médiastin.
- Les anti-inflammatoires masquent les signes cliniques et risquent ainsi de différer le diagnostic et la prise en charge [4].

4. Prescription des antibiotiques

La France se situe toujours parmi les pays dont le niveau de consommation d'antibiotiques est élevé.

Au début des années 2000, le développement des résistances bactériennes a conduit la France à mettre en œuvre des actions favorisant un moindre et un meilleur usage des antibiotiques afin d'en préserver l'efficacité. Ces actions ont fait diminuer la consommation d'antibiotiques tant en ville qu'à l'hôpital. Ce mouvement de baisse n'a cependant pas été continu et, depuis 2005, une légère tendance à la reprise se dégage [26].

Sur un autre plan, il ressort que le nombre de substances actives antibiotiques dont disposent les prescripteurs diminue. Contrairement à d'autres classes thérapeutiques qui ont bénéficié de l'introduction d'innovations importantes, très peu de nouveaux médicaments sont venus enrichir les différentes classes d'antibiotiques [10].

L'AFSSAPS a actualisé ses recommandations [26] sur la prescription des antibiotiques en odontologie et en stomatologie afin de réserver la prescription d'antibiotiques aux situations pour lesquelles ils sont nécessaires. Ces recommandations ont été majoritairement établies sur la base d'avis d'experts, compte tenu de la faiblesse du nombre d'études ayant un niveau de preuve suffisant selon les standards actuels de l'évaluation scientifique, soulignant ainsi la nécessité de développer la recherche clinique dans le domaine de la prescription des antibiotiques en médecine bucco-dentaire.

Les prélèvements microbiologiques ne sont pas justifiés en pratique courante, en raison du peu d'intérêt qu'ils présentent.

En médecine bucco-dentaire, les antibiotiques [26] sont réservés à des situations peu fréquentes.

Il convient de distinguer les patients :

- de la population générale, de loin les plus nombreux (absence d'immunodépression ou de cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse),
- immunodéprimés,
- à haut risque d'endocardite infectieuse (prothèse valvulaire, antécédent d'endocardite infectieuse, cardiopathie congénitale cyanogène).

Antibiothérapie curative :

- elle est subordonnée à la mise en évidence d'un foyer infectieux ;
- elle ne doit ni différer, ni se substituer au traitement étiologique non médicamenteux, en particulier chirurgical, du foyer infectieux ;
- en présence d'une infection accompagnée de fièvre, trismus, adénopathie ou œdème persistant ou progressif, l'antibiothérapie curative sera toujours indiquée en complément du traitement local adéquat ;
- situations dans lesquelles l'antibiothérapie est toujours indiquée : parodontites (sauf chroniques), péri-coronarites (infection de dents incluses dans la gencive), cellulites ;
- situations dans lesquelles l'antibiothérapie n'est pas indiquée : caries, pulpopathies, complications pulpaires.

Schémas d'administration préconisés chez l'adulte dans le cas général (posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale) :

a. Traitement de première intention :

- amoxicilline : 2 g/j en 2 prises
- azithromycine : 500 mg/j en 1 prise
- clarithromycine : 1000 mg/j en 2 prises
- spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises
- clindamycine : 1200 mg/j en 2 prises

b. Traitement de deuxième intention :

- amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline)
- amoxicilline : 2 g/jour en deux prises
et métronidazole : 1500 mg/jour en deux ou trois prises
- métronidazole : 1500 mg/jour en deux ou trois prises
et azithromycine : 500 mg/jour en une prise
ou clarithromycine : 1000 mg/jour en deux prises
ou spiramycine : 9 MUI/jour en trois prises

Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire :

a. Traitement de première intention :

- amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour
en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline)

b. Traitement de deuxième intention :

- pristinamycine : 2 g/jour en deux prises

Durée des traitements : 7 jours (sauf une durée de 3 jours pour l'azithromycine).

5. Prise en charge urgente voire hospitalière

Les patients présentant des signes infectieux locaux associés à un retentissement général, en particulier sur un terrain à risque d'infection générale, ou chez qui l'administration par voie orale est rendue impossible, devront être hospitalisés.

Il en est de même des patients présentant une ostéoradionécrose surinfectée. Le choix du traitement antibiotique relève alors d'un avis spécialisé.

6. Prévention de la carie dentaire

Parmi les facteurs de risque des affections bucco-dentaires figurent la mauvaise alimentation, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool. Ce sont aussi des facteurs de risque pour les quatre principales catégories de maladies chroniques (pathologies cardio-vasculaires, cancers, affections respiratoires et diabète) et les affections bucco dentaires sont souvent associées aux maladies chroniques.

Il est possible de réduire simultanément la morbidité due aux affections bucco-dentaires et celle liée à d'autres maladies en s'attaquant à des facteurs de risque courants, à savoir:

- réduire la quantité de sucres ingérés et conserver un régime alimentaire bien équilibré pour prévenir les caries et le déchaussement prématuré des dents ;
- consommer des fruits et des légumes qui jouent un rôle protecteur contre les cancers de la bouche ;
- arrêter de fumer et diminuer la consommation d'alcool afin de réduire le risque de cancer buccal, de parodontopathie ;
- avoir une bonne hygiène bucco-dentaire ;
- utiliser des équipements de protection pendant les activités sportives et la conduite automobile afin de réduire les risques de lésions faciales.

Il est possible de prévenir les caries en maintenant en permanence dans la cavité buccale une faible concentration de fluorure. Ce fluorure peut provenir d'eau de boisson, de sel, de lait et de pâte dentifrice [31].

Pour garder des dents et des gencives en bonne santé, il est recommandé de se laver les dents après chaque repas avec :

- une brosse à poils souples
- du dentifrice fluoré.

En effet, le brossage permet d'éliminer la plaque dentaire (enduit formé de salive, de résidus d'aliments et de bactéries, qui recouvre les dents). Cela prévient à la fois la carie dentaire et la maladie des gencives.

Certains espaces entre les dents sont difficiles d'accès au brossage. Il est donc conseillé de les nettoyer avec du fil dentaire ou des brossettes interdentaires.

Il faut veiller à ne pas dépasser trois repas et deux collations par jour, en évitant le grignotage. En effet, celui-ci favorise la prise de poids mais aussi le développement de la carie dentaire.

Une visite annuelle chez le dentiste est indispensable [36].

Il est conseillé de consulter au moins une fois par an un chirurgien-dentiste. Ainsi, il peut :

- vérifier que le patient ne présente pas de carie dentaire, même s'il n'y a aucun symptôme. En effet, une prise en charge précoce évite les complications ;
- réaliser si besoin un détartrage.

Une étude [32] a démontré que le dépistage de maladies bucco-dentaires par les cliniciens en soins primaires est justifié mais ne doit pas remplacer le dépistage systématique par les dentistes.

LES RECOMMANDATIONS DE L'UFSBD POUR UNE BONNE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



2 brossages par jour
matin et **soir**
pendant **2 minutes**



L'utilisation d'un
dentifrice fluoré



L'utilisation du **fil**
dentaire chaque **soir**



Une visite au moins **1 fois**
par an chez le **dentiste**,
et ce dès l'âge d'1 an



Une **alimentation**
variée et **équilibrée**

ET EN COMPLÉMENT



La mastication d'un
chewing-gum sans
sucres après chaque
prise alimentaire



Le **bain de bouche**
comme complément
d'hygiène

Programme national de prévention :

En France, le programme de prévention national actuel porte principalement sur une stratégie de prévention secondaire. La HAS recommande la participation de tous les enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans aux examens de prévention proposés dans le cadre du programme de prévention de l'Assurance maladie (M'T dents).

Entre 6 mois et 1 an (éruption des premières dents) et entre 1 an et 2 ans (passage de l'alimentation semi-liquide à une alimentation solide souvent la même que celle du reste de la famille), un bilan des facteurs de risque carieux de l'enfant doit être réalisé par un professionnel de santé, et la supplémentation orale en fluor chez les enfants à risque carieux élevé doit être discutée conformément aux recommandations de l'AFSSAPS [33].

À 3 ans, une séance de prévention bucco-dentaire est recommandée. Elle doit être l'occasion d'évaluer le risque carieux de l'enfant, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille proche sur son état de santé général dont bucco-dentaire. Elle peut être réalisée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire ou une infirmière scolaire. Elle doit être une incitation pour les parents à faire réaliser un examen de prévention bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste.

En cas de risque carieux élevé, la HAS recommande la réalisation par un chirurgien-dentiste des actes de prophylaxie les plus adaptés :

- vernis fluoré deux fois par an ;
- scellement des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes et leur réparation, si nécessaire ;
- promotion de la santé bucco-dentaire dont le brossage des dents avec un dentifrice fluoré et les recommandations en matière d'alimentation ;
- la prescription de supplémentation orale en fluor doit être discutée.

Pour tous les enfants et adolescents handicapés ayant des difficultés à se brosser les dents, la HAS recommande d'étendre le scellement des sillons aux prémolaires.

La carie en denture temporaire doit être prise en charge.

La supplémentation en fluor [33] par voie orale (comprimés, gouttes) a été évaluée récemment par l'AFSSAPS. Elle n'est plus recommandée aux enfants de moins de 6 mois, et après l'âge de 6 mois, elle doit être réservée aux enfants présentant un risque carieux élevé. Avant prescription, un bilan personnalisé des apports en fluor est nécessaire.

En présence durable de fluor, l'émail des dents se renforce et devient plus résistant. De plus le fluor ralentit la formation de la plaque dentaire, gêne la digestion des sucres par les bactéries et perturbe la reproduction des microbes, le fluor est essentiel dans la lutte contre les caries dentaires. De 2 à 6 ans, il faut un dentifrice faiblement dosé en fluor de 250 à 500 ppm. Dès 6 ans, le dentifrice doit contenir de 1000 à 1500 ppm de fluor.

La preuve est insuffisante pour conclure sur l'efficacité du sel fluoré. Cependant, le sel est un vecteur de fluor qui permet de respecter le libre choix de l'utilisateur et de toucher une large population au vu de sa consommation quasi universelle et de son faible coût.

7. Cas particuliers

a. Radiothérapie cervico-faciale :

Avant toute radiothérapie cervico-faciale :

- un bilan bucco-dentaire doit être entrepris au plus tôt ;
- il est impératif d'éliminer les FIBD situés dans les champs d'irradiation.

Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant le début de la radiothérapie.

Après irradiation (et quel que soit le délai) :

Il n'y a pas lieu de prendre des mesures particulières si la dose d'irradiation reçue par le maxillaire et/ou la mandibule est inférieure à 30 Gy.

Afin de diminuer le risque d'ostéoradionécrose, les avulsions dentaires éventuellement nécessaires doivent être effectuées :

- après information sur la dose reçue et les faisceaux (champs) d'irradiation ;
- dans un plateau technique chirurgical adapté à la situation et apportant les garanties de qualité et de sécurité.

Après irradiation supérieure à 30 Gy, un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois [30].

Fluoroprophylaxie :

- Moyen : Gouttière thermoformée porte gel fluoré souple en silicone
- Modalités : Applications d'un gel hyperfluoré (Fluocaryl gel 2000 ppm)
- Fréquence quotidienne : le soir après le brossage dentaire
- Durée : 5 minutes par application, à vie
- Contrôle professionnel : tous les 6 – 12 mois [29].

b. Prothèses articulaires :

Avant la mise en place d'une prothèse articulaire, il est recommandé d'effectuer un bilan bucco-dentaire car il est impératif d'éliminer les FIBD [30].

Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant la pose de la prothèse articulaire.

Chez le sujet porteur de prothèse articulaire, la fréquence de suivi bucco-dentaire est identique à celle recommandée pour la population générale (annuelle).

c. Traitement par bisphosphonates :

À l'instauration d'un traitement par bisphosphonates (quelle qu'en soit l'indication), il est recommandé de pratiquer un bilan bucco-dentaire [30] afin d'éliminer les FIBD avant traitement par bisphosphonates (quelle qu'en soit l'indication).

Chez les patients traités ou ayant été traités par bisphosphonates *dans le cadre d'une pathologie maligne* :

- il est recommandé de pratiquer les avulsions dans un plateau technique chirurgical adapté et apportant les garanties de qualité et de sécurité ;
- un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois.

Chez les patients traités ou ayant été traités par bisphosphonates *en dehors du cadre d'une pathologie maligne* :

- les avulsions peuvent faire l'objet d'une prise en charge en cabinet d'omnipraticque dentaire, dans le respect des règles de prise en charge ;
- la fréquence de suivi dentaire peut être identique à celle recommandée pour la population générale.

F- Barrières à l'accès aux soins dentaires :

Le renoncement aux soins n'est pas seulement dû à l'absence de recours. Un patient peut effectivement être conscient qu'il nécessiterait des soins dentaires, mais ne pas les mener à terme pour plusieurs raisons telles que :

1. Une difficulté d'accès au dentiste :

La facilité d'accès à un professionnel de santé varie énormément selon la discipline ou la profession : très facile s'agissant des généralistes (90% jugent que l'accès est plutôt, voire très facile) et déjà plus difficile s'agissant des dentistes (60%).

L'impossibilité d'obtenir un rendez-vous dans des délais satisfaisants est la première cause de renoncement aux soins [18].

2. Des motifs économiques

Le coût de certains soins est le deuxième motif de renoncement en termes de fréquence.

L'accès aux soins dentaires est un domaine de forte inégalité sociale due aux différences de revenus et à la présence ou non d'une complémentaire de santé. Cela est dû au faible remboursement par l'assurance maladie des soins autres que conservateurs.

L'augmentation du renoncement est d'ailleurs proportionnelle à l'augmentation des coûts. Dans 20% des foyers l'un des membres au moins a déjà été amené à renoncer à des soins en raison de leur coût. Il s'agit essentiellement d'actes dentaires (prothèses). Ces renoncements pour des motifs économiques sont fréquemment retrouvés chez les familles avec enfants (37%), surtout les familles monoparentales (53%), ainsi que chez les foyers populaires (27%), en particulier ceux qui ne disposent pas d'une couverture maladie complémentaire (30%).

Les obstacles économiques à l'accès aux soins sont aggravés par des pratiques de dépassements d'honoraires. Plus de la moitié des foyers (54%) et le tiers des sujets qui les composent (31%) y ont été confrontés dans les 3 ans écoulés [18].

Une autre étude [11] a montré une énorme différence entre les groupes « précaires » et « population générale », et suggère que chez les précaires, les problèmes dentaires motivent fréquemment des recours au médecin généraliste, alors qu'en population générale les recours se font en pareil cas plutôt directement auprès du dentiste.

Ce phénomène s'explique très vraisemblablement par un effet d'adaptation de l'offre de soins à la demande. La rareté des structures dentaires destinées aux plus démunis explique sans doute que les structures de soins à vocation généraliste prennent également en charge ce type de problèmes. Cela témoigne de difficultés d'accès aux soins dentaires accrues pour les personnes en situation précaire.

Une autre étude (américaine) [6] va dans le même sens. Elle a montré que la grande majorité des patients qui ont contacté un service d'urgences (96,0%) ou un médecin (92,2%) a également contacté un dentiste. Les patients à faible revenu étaient plus susceptibles de rechercher des soins d'un service d'urgences, tandis que les patients à revenu élevé étaient plus susceptibles de se faire soigner par un dentiste.

3. La crainte de la douleur

La "peur du dentiste" [1] est une cause indirecte d'abcès dentaire. Bien souvent, les abcès surviennent chez des personnes qui ne consultent pas leur chirurgien-dentiste régulièrement, parce qu'elles redoutent la consultation. En effet, une personne sur quatre appréhende la visite chez le dentiste, par crainte de la douleur. Il ne faut pas hésiter à rappeler aux patients que les chirurgiens-dentistes prennent très bien en compte ces peurs. De plus, grâce aux progrès de l'odontologie, ils réalisent aujourd'hui des traitements le plus souvent indolores.

G- Relation médecin/dentiste

Nous pouvons d'abord évoquer :

- La nécessité pour tout médecin de se soucier de la problématique buccodentaire et d'avoir un interlocuteur chirurgien-dentiste.
- La nécessité pour tout chirurgien-dentiste de se soucier de la problématique médicale et d'avoir un interlocuteur médical.
- L'importance du retard dans l'accès aux soins buccodentaires en France.

Chaque professionnel peut en théorie apporter des informations à l'autre [3] afin d'optimiser la prise en charge du patient ; mais, en pratique, médecins généralistes et chirurgiens-dentistes se rencontrent rarement [15].

Malgré un cursus universitaire séparé, une interface existe entre médecine dentaire et humaine particulièrement pour le traitement des maladies non dentaires de la région maxillo-faciale.

En effet, le médecin de premier recours se trouve confronté aux problèmes de santé buccale de ses patients, à tous les âges de la vie. De sorte qu'en dépit de formations séparées par les cursus universitaires de façon très précoce, dentistes et médecins de premier recours vivent de fait une interface large, que parfois ils ignorent ! [25]

Ces professionnels ont pour mission la prise en charge globale des patients, incluant des actions de prévention, éducation et dépistage précoce des facteurs de risque.

Le décroisement des formations entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes apparaît nécessaire.

Points essentiels :

- Nécessité d'améliorer le partenariat entre médecins et chirurgiens-dentistes.
- Prise en compte des différences de cultures professionnelles qui devrait passer par une nouvelle prise de conscience et une formation commune.
- Nécessité d'une coordination plus étroite entre les soins primaires médicaux et dentaires.

H- Le regard des chirurgiens-dentistes

1. FMC de médecine générale sur l'odontologie avec des chirurgiens-dentistes

Une FMC a été organisée par des médecins généralistes du Nord Deux-Sèvres en fin d'année 2013. Elle avait pour thème l'odontologie, et les chirurgiens-dentistes du secteur avaient été conviés pour donner leur point de vue.

Différents sujets ont été abordés :

- a. La pénurie croissante du nombre de dentistes dans le Nord Deux-Sèvres
- b. L'absence de communication actuellement entre les médecins et les dentistes
- c. Les conseils des dentistes aux médecins en cas d'abcès :
 - l'abcès est facilement reconnaissable si le patient emporte une bouteille d'eau avec lui, car le froid soulage temporairement la douleur souvent insupportable ;
 - ne pas oublier la poche de glace comme moyen antalgique ;
 - ne pas hésiter à percer un abcès saillant ;
 - appeler directement le dentiste car un rendez-vous est souhaitable dans un délai de 2 à 3 jours après l'instauration de l'antibiothérapie, néanmoins un rendez-vous en urgence est nécessaire en cas d'altération de l'état général, de terrain fragile, d'automédication par AINS, ou de douleur rebelle.

J'ai pu constater que certaines habitudes des dentistes présents n'étaient pas corrélées aux recommandations :

- l'association spiramycine-métronidazole (Birodogyl^R) semble être l'antibiotique le plus utilisé ;
- les AINS paraissent fréquemment utilisés du premier au troisième jour après la première prise d'antibiotique.

2. Entretien avec un chirurgien-dentiste de la Vienne

Nous avons conversé à propos de conseils pratiques sur le diagnostic et le traitement des infections dentaires par le médecin généraliste. La synthèse est la suivante :

a. Eléments simples de l'interrogatoire facilitant le diagnostic :

- une douleur persistante provoquée par le froid oriente vers une pulpite ;
- une douleur provoquée par le chaud et calmée par le froid évoque plutôt une nécrose pulpaire.

b. Temps forts de l'examen clinique :

- Inspection minutieuse facilitée par l'utilisation d'un miroir ;
- Percussion dentaire très utile pour affiner le diagnostic.

c. Mise au point sur la place de l'antibiothérapie :

-Selon les recommandations de la HAS, l'antibiothérapie n'est pas indiquée dans les situations suivantes : caries, pulpopathies, complications pulpaires.

- En effet, l'antibiothérapie n'est pas obligatoire si la dent peut être rapidement ouverte par le dentiste permettant ainsi un drainage de l'infection et si les soins sont entrepris par la suite.

- L'antibiothérapie est, en revanche, nécessaire si le processus infectieux dépasse le péri-apex et à partir du stade de desmodontite si le traitement chirurgical risque d'être différé.

d. Information clé à donner aux patients : consultez rapidement votre chirurgien-dentiste car cela ne pourra que s'aggraver sans un traitement dentaire adapté.

e. Arguments en cas de réticence, ne pas hésiter à rappeler que :

- les soins sont effectués sous anesthésie ;
- les soins conservateurs sont correctement remboursés par la sécurité sociale.

I- Les connaissances et besoins en formation des médecins

Une étude américaine [23] s'est intéressée aux connaissances des médecins de soins primaires en matière de santé bucco dentaire, à leurs attitudes envers la prestation de soins de santé bucco-dentaire, et à leur volonté d'obtenir plus d'éducation dans ce domaine. Presque tous les médecins (95 %) ont indiqué qu'il est nécessaire pour un médecin de connaître les soins de santé bucco-dentaire et admis (78 %) que les connaissances générales des médecins dans ce domaine sont insuffisantes.

En outre, 77 % des médecins ont exprimé une volonté de mettre en œuvre des activités de prévention de santé bucco-dentaire dans leur pratique, et près des deux tiers (62%) d'entre eux ont montré une volonté de poursuivre leurs études sur les soins de santé bucco-dentaire.

Une autre enquête [25] a abordé le sujet. Elle va dans le même sens en montrant qu'il existe plusieurs maladies buccales pour lesquelles les généralistes ont un rôle à jouer. Néanmoins, les connaissances des médecins généralistes sont probablement insuffisantes dans ce domaine. Cela a récemment conduit des universités à mettre en place des programmes de formation en santé buccale des futurs médecins.

Force est de constater que si le cursus des dentistes tend à se médicaliser, la part des études de médecine consacrées à la cavité buccale et aux dents est le plus souvent insignifiante : 2 à 5 heures d'enseignement sur l'ensemble du cursus médical aux Etats-Unis, parfois facultatives.

Lewis et coll. ont mené une étude nationale aux Etats-Unis pour évaluer les connaissances des pédiatres dans le domaine de la santé bucco-dentaire : deux sur quatre des questions posées par l'enquête sur des savoirs de base en médecine dentaire pédiatrique ont obtenu une réponse fausse dans plus de 60% des cas et seuls 9% des répondants avaient les quatre réponses justes.

Une autre étude du Département de médecine interne du Nebraska a tenté de vérifier les connaissances en médecine buccale des médecins généralistes et des gériatres. Les conclusions de ce travail qui confrontait les praticiens de l'échantillon à 27 pathologies bucco-dentaires courantes sont claires : les médecins de famille et les gériatres ont des aptitudes diagnostiques en matière de pathologies bucco-dentaires comparables, mais ces aptitudes sont, selon les auteurs, d'une faible précision. De plus, la plupart des erreurs de diagnostic sont associées à des propositions thérapeutiques incorrectes ou inappropriées.

Ce manque de connaissances des médecins à propos des soins de santé bucco-dentaire et leurs attitudes généralement positives a donc révélé un grand besoin pour la planification d'un programme de formation médicale continue dans les soins primaires.

Ce constat, associé au fait que certaines pathologies sont dans l'esprit du patient de la compétence du médecin généraliste plus que du chirurgien-dentiste, fait que le nombre des consultations médicales à visées bucco-dentaires est loin d'être négligeable.

De plus, pour certains groupes populationnels et indépendamment du statut social, le médecin de premier recours est souvent le seul médecin du patient.

Il semble donc essentiel que le médecin de premier recours, toutes orientations confondues, dispose de connaissances solides dans le domaine de la santé buccale. D'ores et déjà, de nombreuses universités américaines développent des programmes de formation (oral health curriculum) dans le but de préparer les médecins de premier recours au dépistage et à la prévention en santé buccale.

METHODE

I- Description de l'étude

L'objectif principal est d'étudier les pratiques professionnelles des médecins généralistes lorsqu'ils se retrouvent face à un patient présentant une infection dentaire.

Nous nous sommes également intéressés à des objectifs complémentaires : la fréquence du motif de consultation, les différentes infections dentaires déjà diagnostiquées et enfin la formation sur le sujet vue par les praticiens.

Notre étude est quantitative. Il s'agit aussi d'une étude descriptive transversale par questionnaire.

Chaque médecin reçoit un courrier contenant le questionnaire ainsi qu'une lettre explicative.

Cette dernière a pour but de présenter l'étude et ses objectifs puis d'expliquer son déroulement ; elle informe également du caractère anonyme de l'enquête.

Chaque médecin est informé qu'un contact sera pris pour essayer de convenir d'un rendez-vous téléphonique afin de recueillir les réponses au questionnaire.

Tous les médecins sont prévenus par avance. Ils ont bien évidemment le choix de participer ou non à l'étude.

Les médecins acceptant de participer peuvent alors se familiariser au questionnaire au préalable.

En outre, les médecins étaient en mesure de nous contacter par mail s'ils souhaitaient des renseignements complémentaires.

Nous avons choisi le recueil téléphonique des réponses dans le but de créer un contact direct et humain avec les médecins et ainsi nous espérons obtenir une bonne participation de leur part.

II- Sélection des médecins

Le choix des médecins s'est fait sur plusieurs critères :

- l'étude porte sur des pratiques de médecine générale, d'où la consultation exclusive de médecins généralistes.
- le directeur de thèse exerçant dans le département des Deux-Sèvres, celui-ci est donc la base géographique de notre échantillon.

Nous avons procédé au tirage au sort de 100 médecins à partir d'une liste de médecins issue de l'annuaire du département des Deux-Sèvres. Il est à noter que ce département comptabilise 341 médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte (selon l'ARS).

III- Questionnaire

Chaque médecin a été interrogé sur huit questions.

Les questions concernaient :

- *la fréquence du motif de consultation (question 1).*
- *l'examen clinique (question 2).*

Nous avons détaillé l'interrogatoire et l'examen physique le plus souvent pratiqués.

- *les différents diagnostics déjà posés (question 3).*

Ces diagnostics d'infection dentaire allaient de la carie simple jusqu'à la cellulite faciale en passant par la pulpite, la desmodontite, ou l'abcès dentaire.

- les habitudes en matière de traitement antalgique (question 4).

Il était question de la prescription d'antalgiques de palier 3, d'anti-inflammatoires et d'une éventuelle réticence vis-à-vis de ces derniers.

- les modalités de prescription d'une antibiothérapie (question 5).

Nous avons recherché dans quelle situation elle était prescrite et quelle molécule était la plus souvent utilisée.

- le conseil de recourir au chirurgien-dentiste (question 6).

La fréquence de ce conseil, ainsi que l'accompagnement par un courrier ont été évalués.

- les possibles difficultés rencontrées (question 7).

Et le cas échéant, nous avons recherché ce qui pouvait poser problème au médecin.

- l'évaluation de la formation initiale et des éventuelles attentes des médecins dans ce domaine (question 8).

Il a été demandé si la formation initiale était considérée comme suffisante et si une formation complémentaire était susceptible d'intéresser le médecin.

Il s'agissait de questions fermées à réponses simples ou multiples. Pour répondre, il suffisait de cocher la ou les mentions utiles, parfois une précision manuscrite était proposée.

IV- Chronologie de l'étude

Les enveloppes ont été adressées à chaque médecin par voie postale le 24 février 2014.

Les appels téléphoniques ont été passés entre le 4 et le 21 mars 2014.

Le recueil des réponses s'est achevé le 26 mars 2014 soit une enquête ayant duré un mois.

V- Analyse

Nous avons calculé le nombre et le pourcentage de toutes les réponses possibles pour chaque question de façon individuelle. Puis nous avons fait des recoupements entre certaines questions pour savoir s'il y avait des liens entre elles.

Nous avons enregistré les données sur le tableur Microsoft Excel, qui comprenait donc toutes les variables étudiées plus haut. Ce tableur nous a ensuite permis de créer des graphiques illustrant l'analyse des données.

Pour le texte, nous avons utilisé Microsoft Word.

RESULTATS

I- Participation

Sur les 100 médecins interrogés, nous avons obtenu 85 réponses soit un taux de participation de 85%.

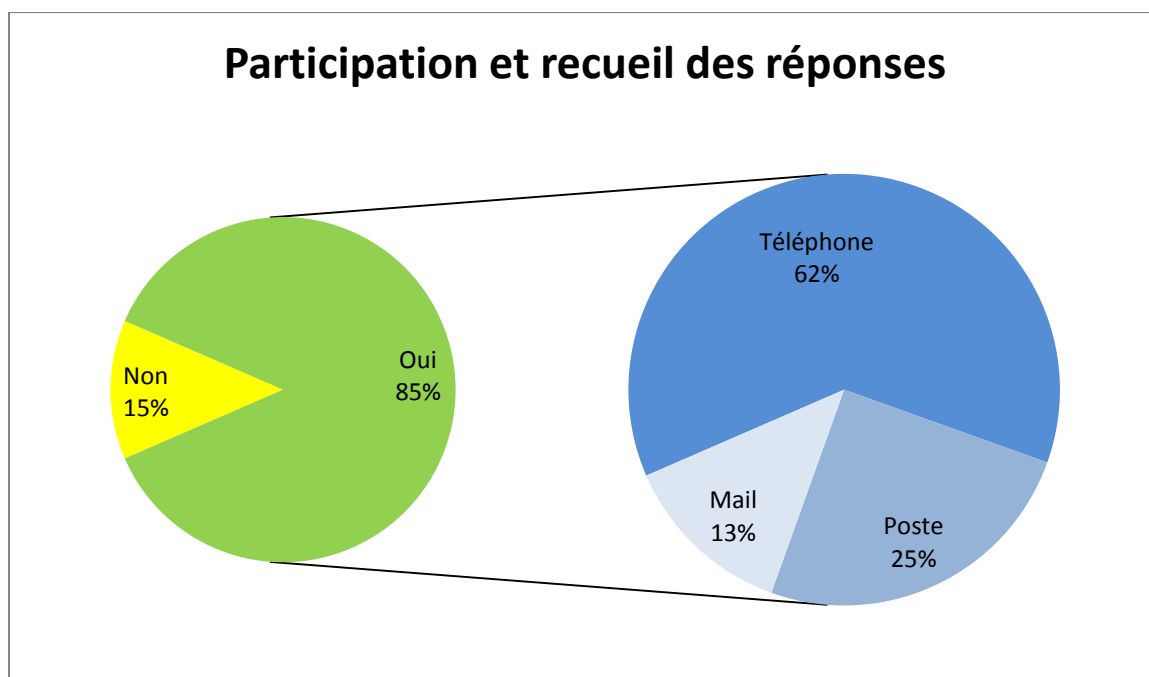
Les réponses ont été obtenues selon trois moyens : le recueil téléphonique, le courrier postal, et le courrier électronique.

II- Recueil des réponses au questionnaire

Suite à l'envoi des questionnaires le 24 février 2014, nous avons reçu de façon spontanée 15 réponses : 11 réponses par la poste et 4 réponses par courrier électronique dès le 26 février.

Puis, nous avons contacté les médecins par téléphone, ce qui nous a permis de recueillir 53 réponses de vive voix.

De surcroît, suite aux appels, nous avons reçu 17 réponses supplémentaires : 10 réponses par voie postale et 7 réponses par mail.



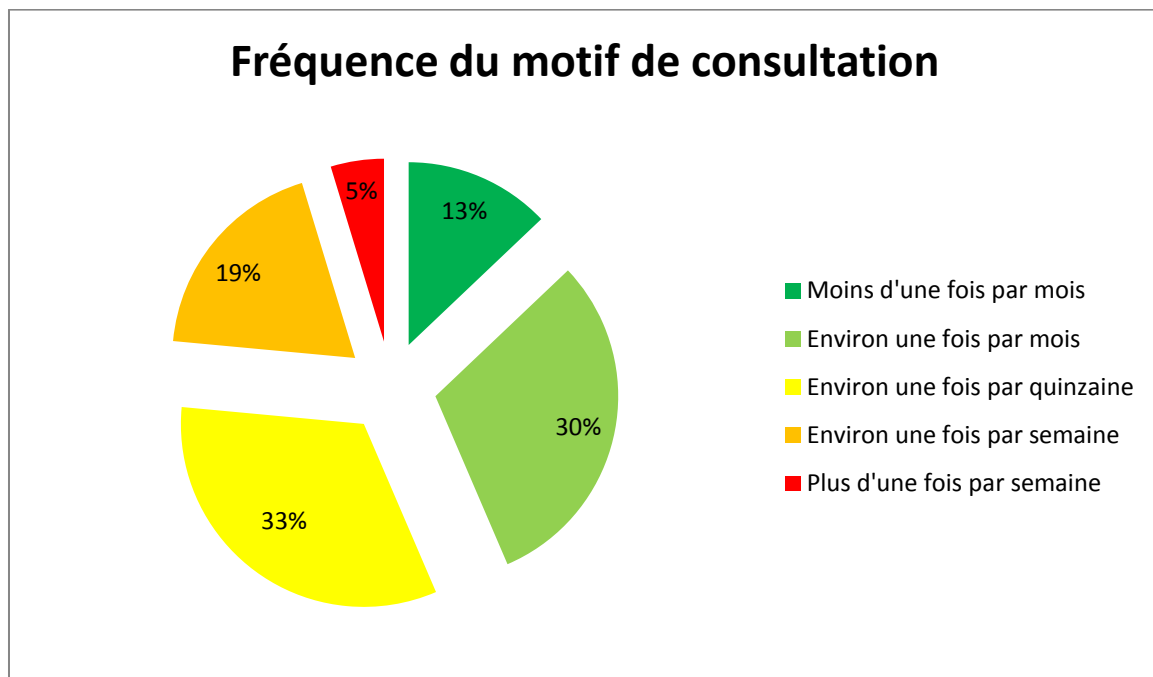
Graphique n°1 : Taux de participation et pourcentages des réponses recueillies selon les différentes méthodes

III- Fréquence du motif de consultation

Chaque médecin a été interrogé sur la fréquence avec laquelle il reçoit des patients souffrant d'une pathologie d'origine dentaire.

Chacun a alors estimé cette fréquence pour l'inclure dans l'une des cinq fréquences approximatives proposées.

Le graphique ci-dessous nous illustre les résultats :



Graphique n°2 : Fréquence des consultations pour une pathologie d'origine dentaire

12.9 % des médecins soignent en moyenne moins d'une pathologie dentaire par mois

30.6 % des médecins soignent en moyenne une pathologie dentaire par mois

33 % des médecins soignent en moyenne une pathologie dentaire par quinzaine

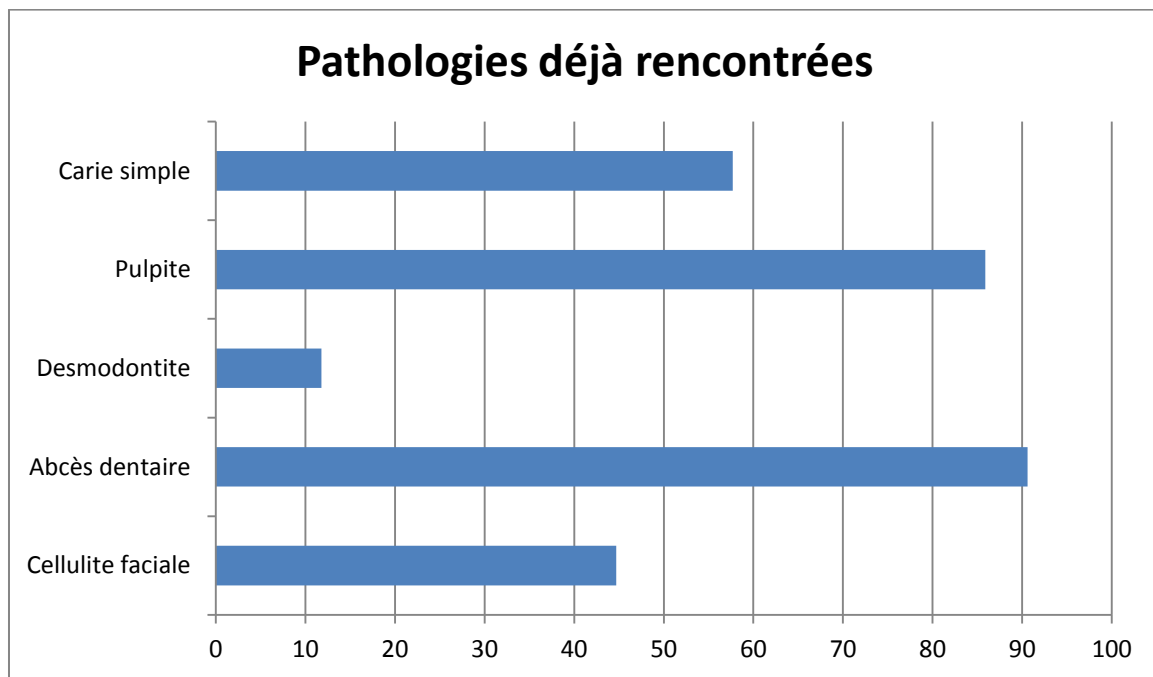
18.8 % des médecins soignent en moyenne une pathologie dentaire par semaine

4.7 % des médecins soignent en moyenne plus d'une pathologie dentaire par semaine

IV- Infections dentaires vues en cabinet

La pratique de la médecine générale permet aux médecins de poser le diagnostic d'infection dentaire. Or, il existe plusieurs infections dentaires que nous avons classées selon une gravité croissante : la carie simple, la pulpite, la desmodontite, l'abcès dentaire, et la cellulite cervico-faciale d'origine dentaire.

Les médecins ont été interrogés sur les diagnostics qu'ils ont été amenés à poser au cours de leur carrière. Le graphique ci-dessous renseigne sur le pourcentage de médecin ayant diagnostiqué chacune des infections dentaires.



Graphique n°3 : Pourcentage des médecins ayant déjà posés les différents diagnostics d'infections dentaires

57.7 % des médecins ont déjà diagnostiqué une carie simple

85.9 % des médecins ont déjà diagnostiqué une pulpite aigue ou rage de dent

11.8 % des médecins ont déjà diagnostiqué une desmodontite

90.6 % des médecins ont déjà diagnostiqué un abcès dentaire

44.7 % des médecins ont déjà diagnostiqué une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire

V- Habitudes professionnelles

Notre principal objectif était de faire un état des lieux des pratiques des médecins face aux patients souffrant d'une infection dentaire.

Nous les avons alors questionnés sur différents domaines : l'examen clinique, le traitement antalgique, l'antibiothérapie, et l'orientation vers le dentiste.

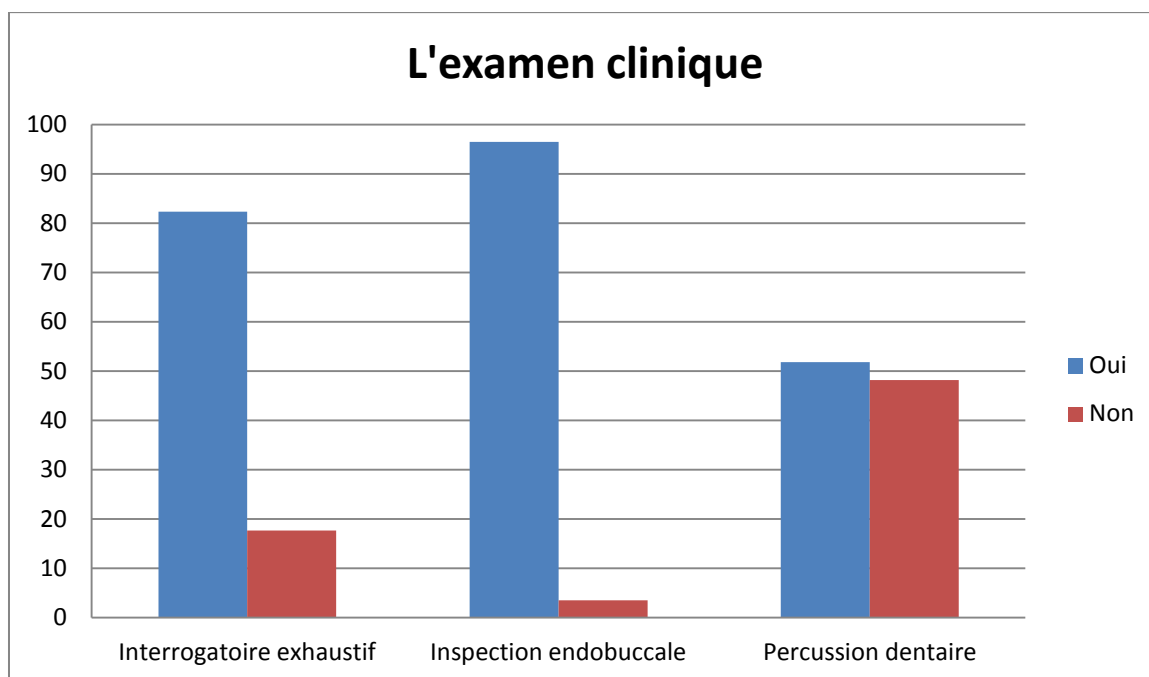
A- L'examen clinique

Pour être en mesure de poser un diagnostic précis d'infection dentaire, le médecin doit s'appuyer sur un examen clinique complet.

L'interrogatoire doit être orienté et l'examen physique minutieux.

Nous avons donc demandé aux praticiens les principales étapes de leur examen clinique devant une suspicion d'infection dentaire.

Les résultats sont synthétisés dans le graphique suivant :



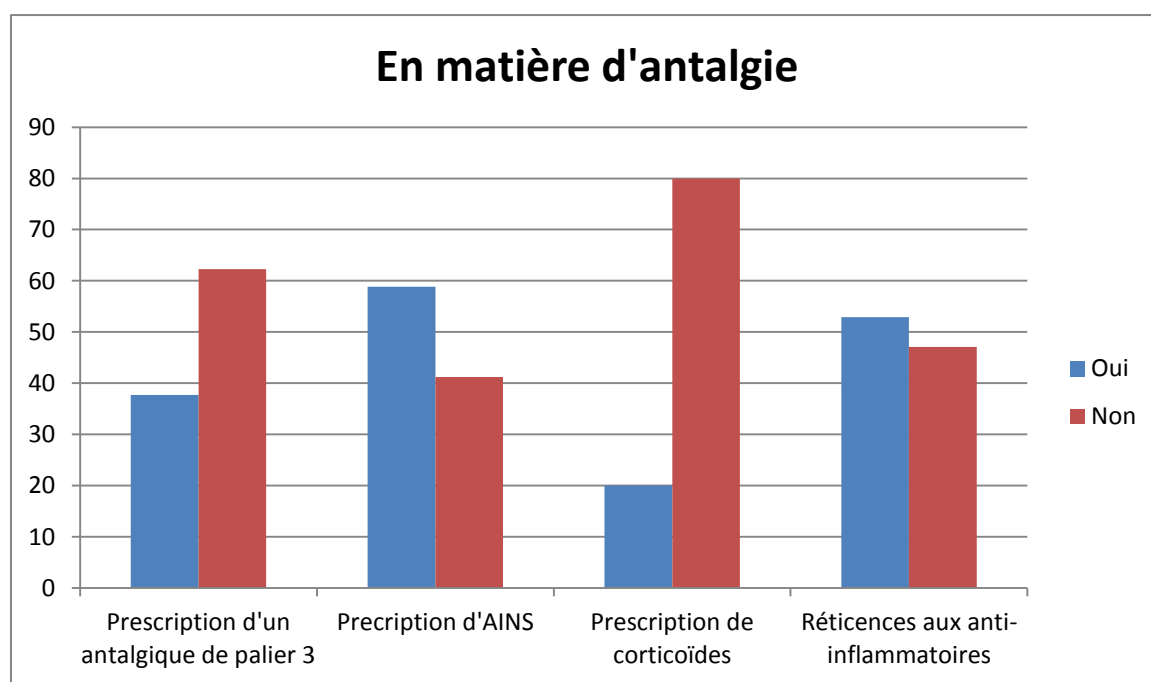
Graphique n°4 : Examen clinique habituel des médecins face à une suspicion d'infection dentaire (exprimé en pourcentage de réponses positives ou négatives)

82.3 % des médecins pratiquent un interrogatoire exhaustif
96.5 % des médecins pratiquent l'inspection endobuccale
51.8 % des médecins pratiquent la percussion dentaire

B- Les traitements antalgiques

La plupart du temps, la demande principale du patient est le soulagement de sa douleur dentaire dont l'intensité est souvent importante. Pour se faire, le médecin utilise les antalgiques classiques mais aussi parfois les anti-inflammatoires.

Ces derniers peuvent être stéroïdiens ou non stéroïdiens. Leur usage n'étant pas sans risque, nous avons demandé aux praticiens s'ils avaient des réticences à les utiliser. Voici, les résultats que nous avons obtenus :

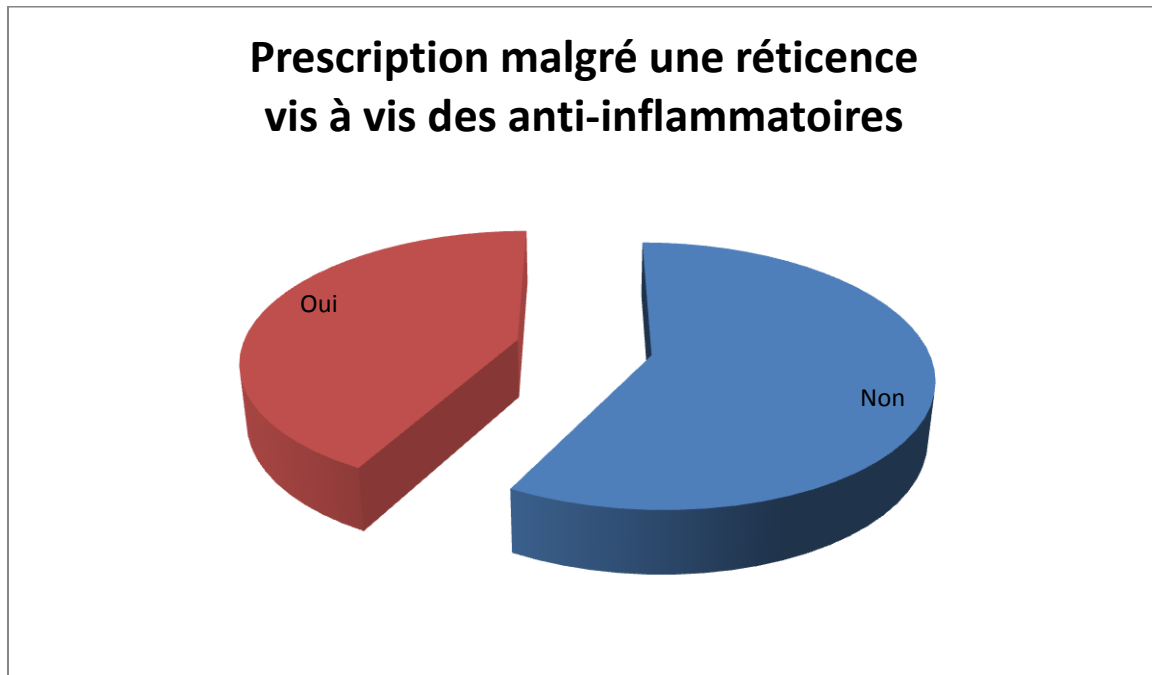


Graphique n°5 : Habitudes des médecins en matière d'antalgie face à une infection dentaire (exprimées en pourcentage de réponses positives ou négatives)

37.7 % des médecins prescrivent aisément un antalgique palier 3 pour une douleur invalidante
58.8 % des médecins prescrivent régulièrement des AINS
20 % des médecins prescrivent des corticoïdes
52.9 % des médecins ont des réticences à prescrire des anti-inflammatoires

En regroupant les questions, il nous est paru pertinent de savoir si les médecins qui avaient des réticences à l'égard des anti-inflammatoires en prescrivaient malgré leur réserve.

Voici les résultats que nous avons obtenus :



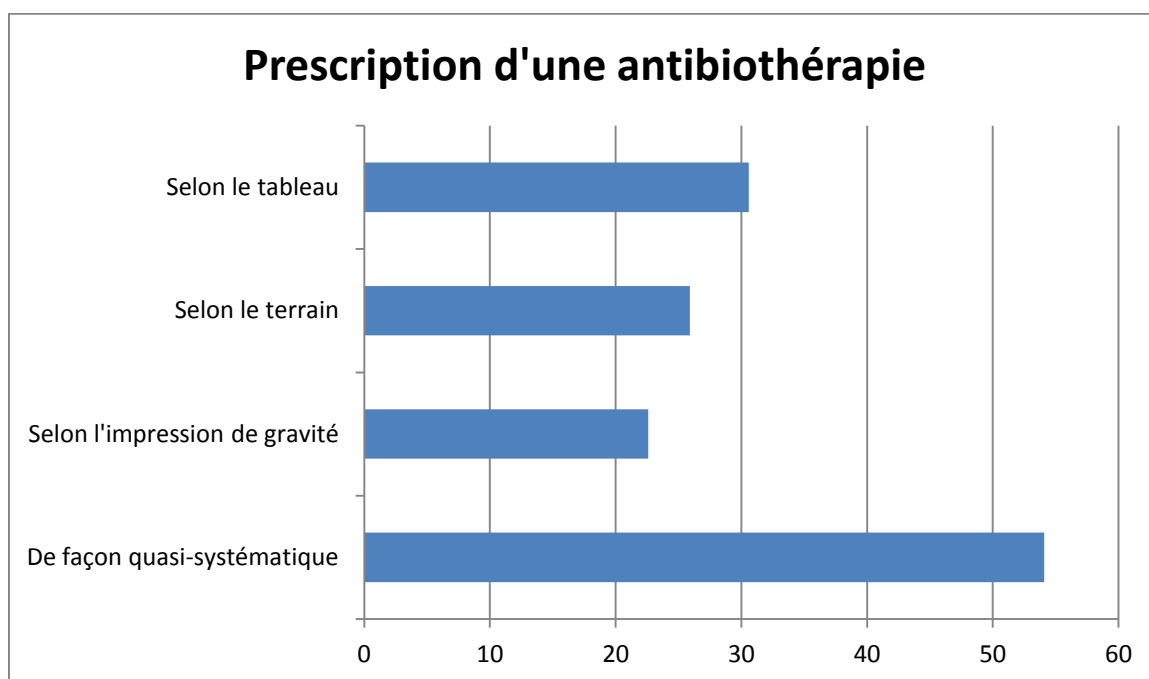
Graphique n°6 : Proportion des médecins prescrivant des anti-inflammatoires malgré une réticence de leur part vis-à-vis de ces derniers

42 % ont des réticences vis-à-vis des anti-inflammatoires mais en prescrivent malgré tout.

C- L'antibiothérapie

Face à une infection dentaire, le médecin peut être amené à se poser la question de la nécessité d'une antibiothérapie. Nous avons donc interrogé les praticiens sur leurs habitudes en matière d'antibiothérapie.

Les résultats sont les suivants :



Graphique n°7 : Habitudes des médecins sur le recours à une antibiothérapie face à une infection dentaire (exprimées en pourcentage)

30.6 % des médecins prescrivent une antibiothérapie en fonction du tableau

25.9 % des médecins prescrivent une antibiothérapie en fonction du terrain

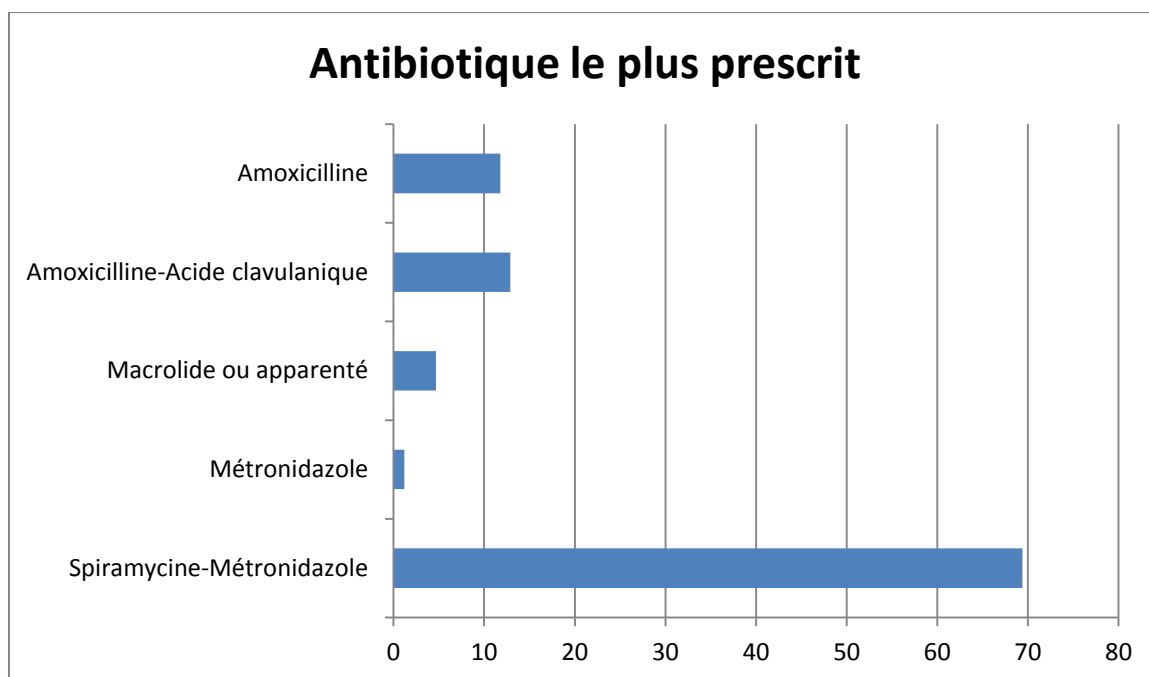
22.4 % des médecins prescrivent une antibiothérapie en fonction l'impression de gravité

54.1 % des médecins prescrivent une antibiothérapie de façon quasi-systématique

Il est à noter que le total dépasse les 100 % car un médecin pouvait prescrire une antibiothérapie en étant motivé par plusieurs critères.

Nous nous sommes ensuite intéressés à la molécule la plus souvent prescrite par les médecins.

Les résultats obtenus sont exprimés dans le graphique ci-dessous :



Graphique n°8 : Pourcentage de prescription des différentes molécules antibiotiques

11.8 % des médecins prescrivent préférentiellement l'amoxicilline

12.9 % des médecins prescrivent surtout l'association amoxicilline-acide clavulanique

4.7 % des médecins prescrivent préférentiellement un macrolide ou apparenté

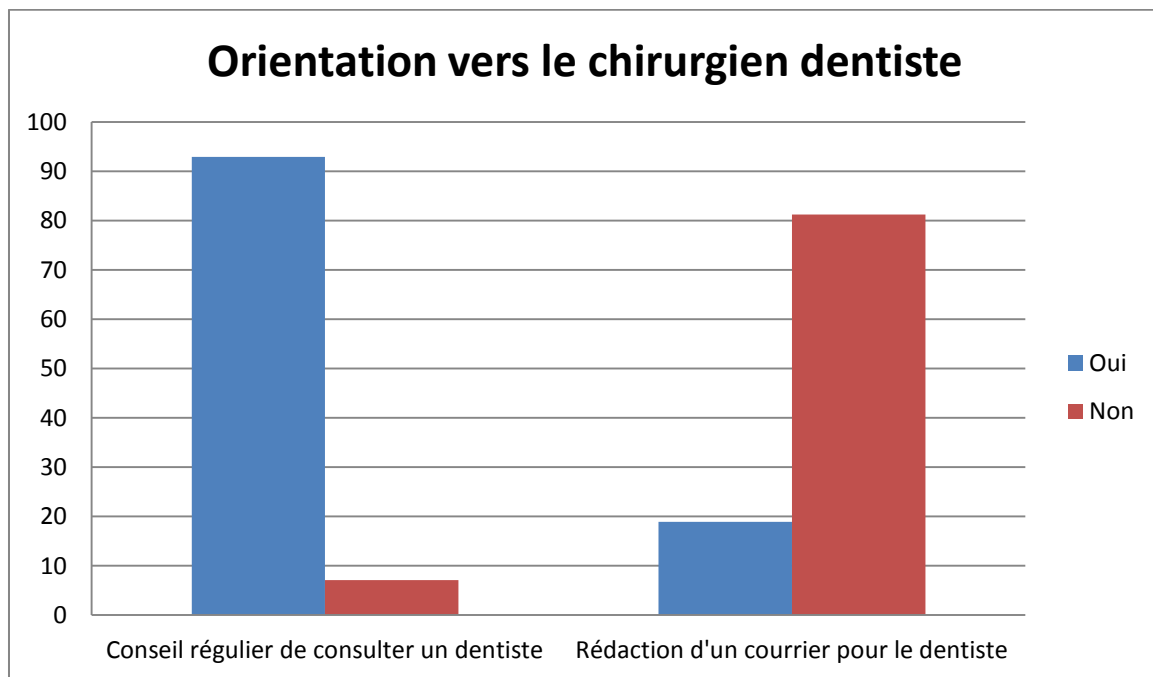
1.2 % des médecins prescrivent préférentiellement le métronidazole

11.8 % des médecins prescrivent préférentiellement l'association spiramycine-métronidazole

D- L'orientation vers le chirurgien-dentiste

Il est toujours intéressant de rappeler que le rôle principal du médecin généraliste est d'orienter le patient vers un dentiste ou un stomatologue, seuls en mesure de traiter la cause.

Nous avons alors demandé aux médecins s'ils conseillaient aux patients de consulter un dentiste et s'ils rédigeaient un courrier pour ce dernier.



Graphique n°9 : Habitudes des médecins quant à l'orientation des patients vers le chirurgien-dentiste (exprimées en pourcentage de réponses positives ou négatives)

92.9 % des médecins conseillent systématiquement de consulter un dentiste

18.8 % des médecins rédigent un courrier pour le dentiste

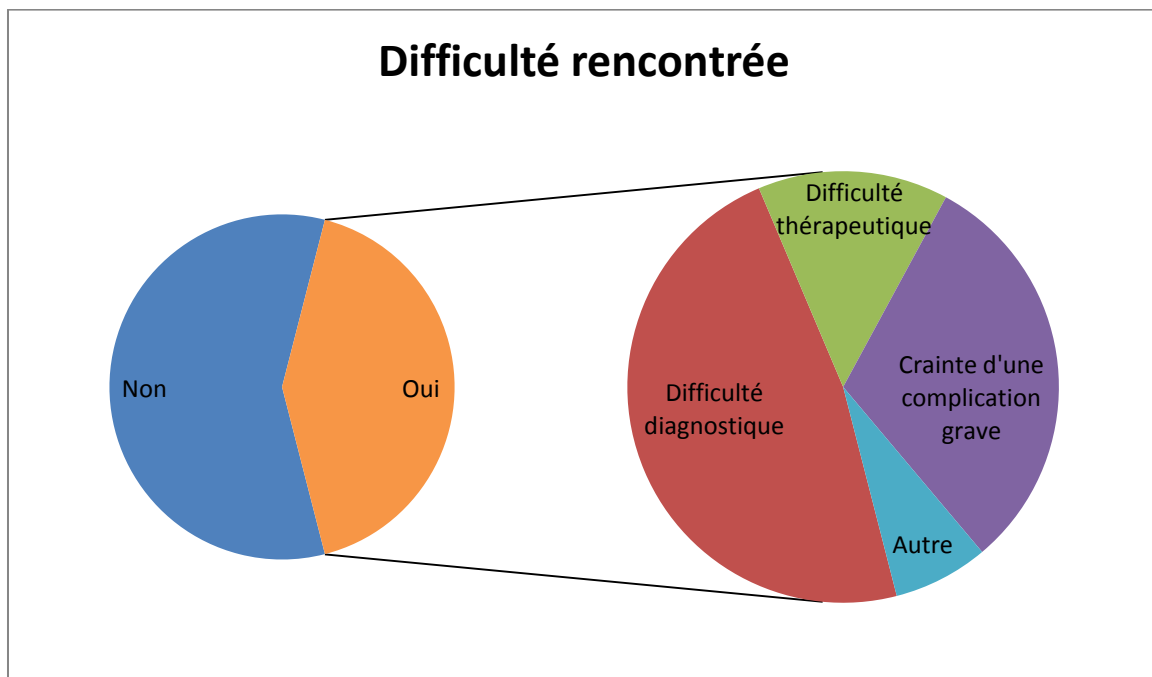
Dans ces 18.8 %, nous avons également pris en compte les médecins qui font des courriers de manière occasionnelle.

VI- Difficulté(s) potentiellement rencontrée(s) devant une infection dentaire

Comme devant toute pathologie, le médecin est susceptible de se sentir en difficulté devant une infection dentaire. Cette difficulté peut avoir plusieurs causes, parmi lesquelles nous avons proposé : une difficulté diagnostique, une difficulté thérapeutique, ou la crainte d'une complication grave.

De ce fait, nous avons demandé aux médecins s'il leur arrivait de rencontrer des difficultés devant une infection dentaire. En cas de réponse positive, nous avons cherché à savoir pour quelle raison.

Le graphique suivant met en image les résultats que nous avons obtenus :



Graphique n°10 : Pourcentages des difficultés éventuellement rencontrées par les médecins face à une infection dentaire

57.6 % des médecins ne rencontrent pas de difficulté devant une infection dentaire

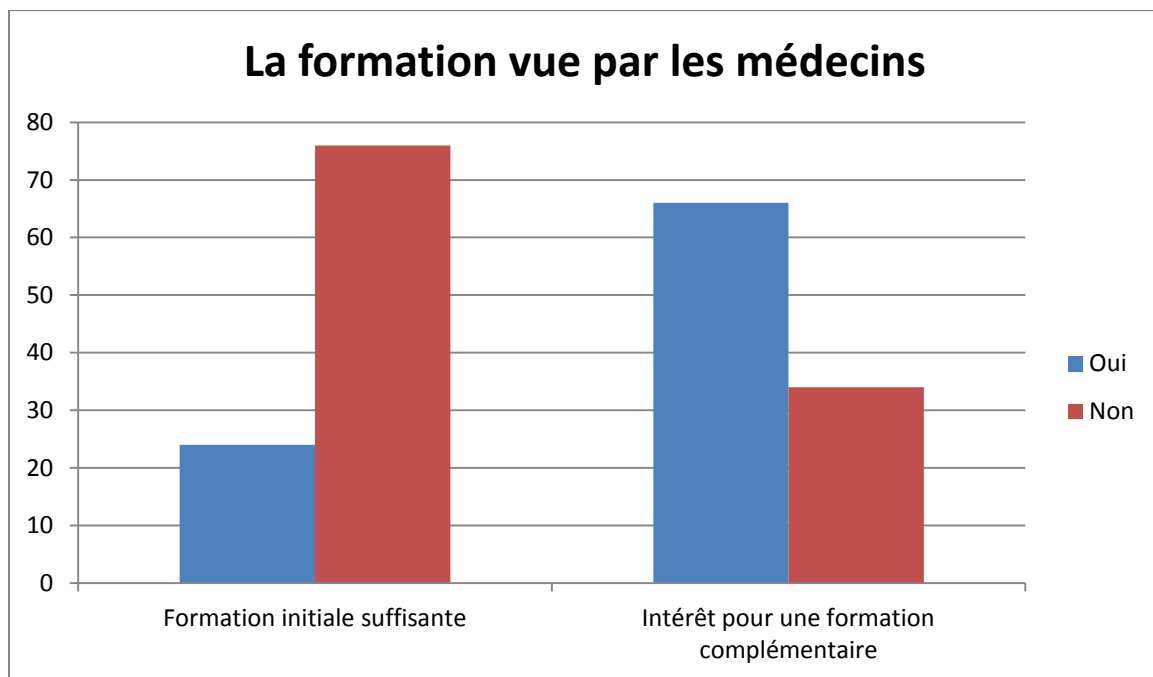
42.4 % des médecins ont déjà rencontré des difficultés, parmi lesquelles :

- 45 % pour une difficulté diagnostique
- 15 % pour une difficulté thérapeutique
- 32 % par crainte d'une complication grave
- 8 % pour diverses raisons

VII- Evaluation de la formation initiale des médecins et de leur intérêt éventuel pour une formation complémentaire

Il nous est apparu intéressant de connaître le ressenti des médecins vis-à-vis de leur formation initiale sur les infections dentaires.

Puis, nous avons sondé leur intérêt éventuel pour une formation complémentaire. Les résultats sont illustrés par le graphique ci-dessous :



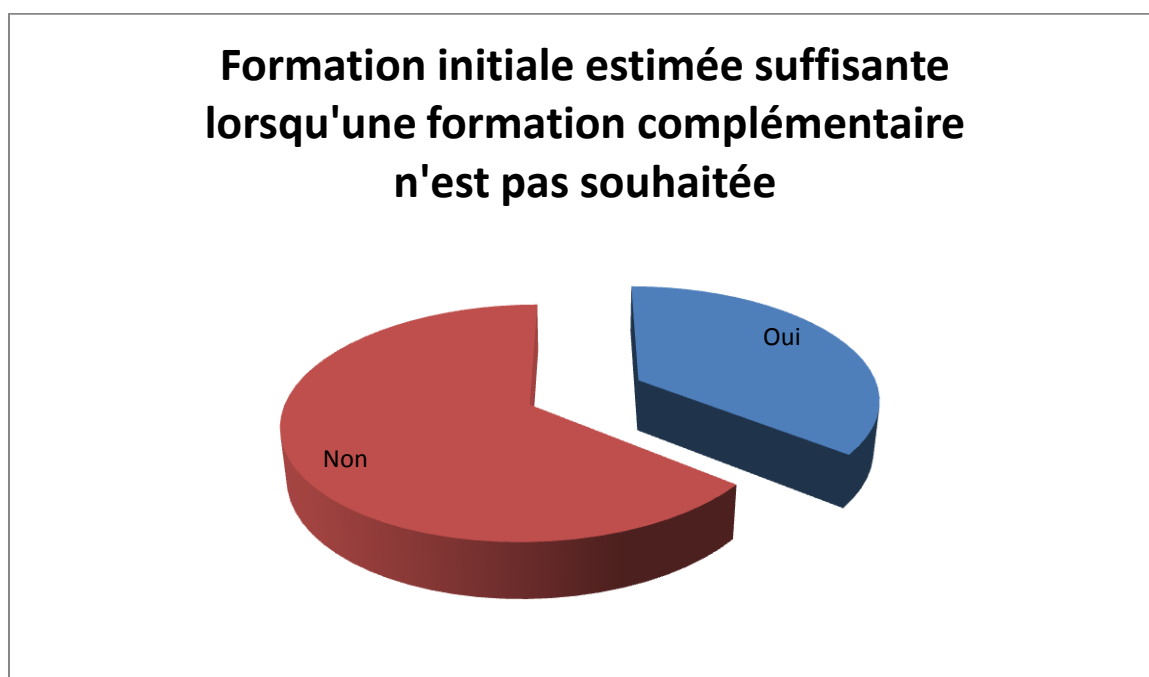
Graphique n°11 : Avis des médecins à propos de la formation médicale en matière de pathologie dentaire (exprimés en pourcentage de réponses positives ou négatives)

23.5 % des médecins estiment avoir reçu une formation initiale suffisante

65.9 % des médecins seraient intéressés par une formation complémentaire

Parmi les médecins ne souhaitant pas de formation complémentaire sur les infections dentaires, nous avons voulu savoir si ces mêmes médecins estimaient avoir reçu une formation suffisante sur la pathologie dentaire.

Le graphique suivant résume les réponses des médecins :



Graphique n°12 : Proportion des médecins ne souhaitant pas de formation complémentaire sur les infections dentaires malgré une formation initiale jugée insuffisante

64.3 % des médecins ayant déclaré ne pas souhaiter recevoir de formation complémentaire estiment ne pas avoir reçu une formation initiale suffisante sur la pathologie dentaire.

DISCUSSION

I- Principaux résultats

A- Fréquence du motif de consultation

Plus de la moitié des médecins sont amenés à accueillir au moins un patient présentant une pathologie d'origine dentaire tous les quinze jours. Pour autant, il existe une forte disparité au sein des médecins de notre échantillon : certains voient plusieurs cas par semaine alors que d'autres en voient moins d'un par mois. Ceci s'explique visiblement en partie par l'inégalité de répartition géographique des chirurgiens-dentistes avec des zones déficitaires.

Certains médecins ont témoigné de séries de cas de manière irrégulière, d'une recrudescence pendant le week end et les gardes. De surcroît, il peut s'agir de patients qu'ils ne voient pas de façon habituelle ou encore de patients précaires ou suivis pour un traitement de substitution aux opiacés.

B- Infections dentaires vues en cabinet

Les médecins diagnostiquent différentes infections dentaires parmi lesquelles l'abcès dentaire et la pulpite aigue dominant largement. En effet, pratiquement tous les médecins ont déjà posé ces deux derniers diagnostics. Néanmoins, certains praticiens disent ne donner aucun diagnostic à leur patient car ils ne sont pas suffisamment sûrs d'eux.

Il est à noter que près d'un médecin sur deux a vu dans son cabinet au moins un patient souffrant d'une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire ; ce qui rappelle que cette pathologie potentiellement dangereuse n'est malheureusement pas si rare.

C- Habitudes professionnelles

1. L'examen clinique

Les médecins pratiquent majoritairement un examen clinique complet avec un interrogatoire exhaustif et une inspection endobuccale. La percussion dentaire est moins automatique, environ un médecin sur deux la pratique régulièrement. C'est regrettable quand on connaît l'aide qu'elle apporte au diagnostic.

2. L'antalgie

Environ un médecin sur trois prescrit facilement un antalgique de palier 3 pour une douleur invalidante. Les autres ne voient pas l'utilité des morphiniques ou craignent un mésusage ; ils prescrivent plus volontiers des antalgiques de palier 2.

La prescription régulière d'AINS est pratiquée par 59 % des médecins, les corticoïdes sont moins utilisés (20%). Un peu plus de la moitié des médecins a des réticences à prescrire des anti-inflammatoires ; pour autant 42 % des ces mêmes médecins en prescrivent quand même. C'est un constat assez inquiétant lorsque l'on connaît le risque majoré de cellulite grave induite par les AINS.

3. L'antibiothérapie

Elle est quasi-automatique pour 54 % des praticiens. Les autres prescrivent des antibiotiques en fonction du tableau (31 %), du terrain (26 %), et/ou de l'impression de gravité (22 %). Il y a donc une forte prescription d'antibiotiques sur les infections dentaires. Pourtant, la pulpite aigue, dont l'infection ne dépasse pas le péri-apex, nécessite seulement une antalgie efficace en attendant la consultation dentaire.

L'antibiotique le plus souvent utilisé est l'association spiramycine-métronidazole (69%). L'association amoxicilline-acide clavulanique est surtout prescrite en deuxième intention. Les médecins ont donc tendance à s'aligner sur la pratique des dentistes plutôt que sur les recommandations de l'HAS qui préconise l'utilisation de l'amoxicilline en première intention.

4. L'orientation vers un chirurgien-dentiste

Plus de 90 % des médecins conseillent systématiquement au patient de consulter un dentiste. C'est un point important car il est primordial d'informer le patient sur le fait que la résolution de leur problème viendra du traitement endodontique.

Par contre, moins de 20 % des praticiens rédigent un courrier pour le dentiste (et pour certains de façon occasionnelle). Ceci s'explique peut être par la séparation des cursus universitaires après la première année commune des études médicales et par le fait que médecins généralistes et chirurgiens-dentistes se rencontrent rarement en pratique. C'est regrettable car le partage d'informations permet d'optimiser la prise en charge du patient.

En parlant avec les praticiens, il apparaît que nombre de consultations ont lieu suite à la sollicitation initiale d'un chirurgien-dentiste. Celui-ci ne pouvant recevoir le patient, il lui demande d'aller voir son médecin. Certains professionnels interrogés concèdent se sentir contraints et quelque peu irrités par ce comportement.

D- Difficultés rencontrées

Des difficultés devant une infection dentaire sont rencontrées par 42 % des médecins. La difficulté principale réside dans le diagnostic précis de cette infection. En effet, beaucoup de praticiens ont du mal à faire la distinction entre la pulpite et l'abcès dentaire ; ce qui induit probablement une prescription accrue d'antibiotiques. Pour affiner le diagnostic, certains médecins prescrivent un panoramique dentaire.

Dans la catégorie « autres difficultés », nous retrouvons une mauvaise compliance des patients pour les soins dentaires et un problème d'accès au chirurgien-dentiste. Cet accès difficile aux soins dentaires a été pointé du doigt par de nombreux médecins de notre échantillon.

E- La formation

La formation initiale en matière de pathologie dentaire est jugée insuffisante par trois quarts des médecins interrogés. Certains ont témoigné n'avoir reçu aucune formation sur le sujet d'où une formation parfois effectuée sur le terrain.

Deux médecins sur trois sont susceptibles d'être intéressés par une formation complémentaire. Il ressort donc que la majorité des médecins sont prêts à améliorer leurs compétences à propos des infections dentaires. De rares médecins, ont déjà reçu une formation par le biais d'une FMC, alors que d'autres ont privilégié l'auto-formation.

Un tiers des praticiens n'est donc pas demandeur de formation. Pourtant, au sein de ceux-ci, seulement 36 % estiment avoir reçu une formation initiale suffisante concernant les pathologies dentaires. Ce phénomène semble s'expliquer par le fait qu'ils estiment que les infections dentaires ne sont pas de leur ressort. Ils sont principalement demandeurs d'un accès plus facile au chirurgien-dentiste pour le patient.

II- Critique de la méthode

A. Biais de l'étude

1. Biais de sélection

Nous avons constitué un échantillon de 100 médecins de façon aléatoire. Ces derniers ont été tirés au sort dans le département des Deux-Sèvres qui est à forte composante rurale et où les dentistes font défaut dans certains secteurs. Il est légitime de se questionner sur la représentativité de notre échantillon à plus grande échelle.

2. Biais de mesure

Nous avons interrogé les médecins à un instant T au sujet de leur expérience personnelle. Nous avons donc fait intervenir leur mémoire pour obtenir les réponses, ce qui peut être à l'origine d'approximations. De plus, il existe une part de subjectivité dans certaines questions comme, par exemple, leur avis sur la formation reçue.

En outre, nous avons favorisé les questions fermées afin de faciliter les réponses et leur analyse. Une enquête qualitative aurait sans doute permis d'approfondir certaines questions.

De surcroît, les réponses ont été recueillies de deux manières différentes : un recueil oral téléphonique et un recueil écrit (courrier postal ou électronique). Cette différence de méthode peut induire des temps de réflexions différents.

B. Points forts

Cette étude est assez novatrice. En effet, peu d'études ont été consacrées aux infections dentaires rencontrées en médecine générale.

L'objectif principal était clair, les principales habitudes professionnelles ont été abordées. Les objectifs secondaires étaient parfois plus subjectifs mais ils ont permis d'avoir une idée sur la fréquence du motif de recours, sur les infections dentaires rencontrées, et enfin sur la formation.

Le questionnaire était concis et facile à remplir ; de même, la lettre explicative était claire.

La participation à notre étude a d'ailleurs été relativement satisfaisante avec un taux de réponse de 85%. Plusieurs médecins participant à l'étude ont manifesté un intérêt envers ce travail et ont souhaité être informés des résultats qui en découleraient.

III- Les ouvertures possibles

Notre enquête a montré qu'une part non négligeable des médecins interrogés avait parfois des difficultés à poser un diagnostic précis face à un tableau d'infection dentaire. Cela se traduit alors par une incertitude entre une infection localisée à la dent comme la pulpite aigüe et une infection plus profonde avec un abcès. Ce doute est probablement à l'origine d'un recours excessif à l'antibiothérapie. Quand on sait que 10 % des prescriptions d'antibiotiques sont liées aux infections dentaires, il paraît intéressant de mieux former les médecins sur ce sujet. De plus cette formation serait l'occasion de rappeler les risques inhérents à la prescription d'anti-inflammatoires et à l'automédication.

Par ailleurs, la communication entre les médecins et les chirurgiens-dentistes ne semble pas optimale. Des échanges privilégiés seraient pourtant garants d'une meilleure prise en charge des patients. Il serait peut-être pertinent de réfléchir à des formations initiales moins cloisonnées (comme un module commun de stomatologie), ou alors une formation médicale continue sur la pathologie dentaire qui rassemblerait les deux professions.

CONCLUSION

Notre enquête a étudié les pratiques professionnelles de 85 médecins généralistes du Poitou-Charentes lorsqu'ils se retrouvent face à un patient présentant une infection dentaire.

Il s'agit d'un motif de consultation revenant en moyenne au moins deux fois par mois.

Les médecins pratiquent majoritairement un interrogatoire précis et une inspection endobuccale. Néanmoins, près de la moitié d'entre eux n'a pas recours à la percussion dentaire.

En matière d'antalgie, la prescription d'AINS est régulière pour environ 60 % des praticiens. Paradoxalement, 42 % de ces derniers ont des réticences vis-à-vis des anti-inflammatoires mais en prescrivent malgré tout.

Le recours quasi-systématique à l'antibiothérapie est la règle pour plus de la moitié de notre échantillon. La molécule la plus utilisée est l'association spiramycine-métronidazole alors que les recommandations actuelles sont en faveur de l'amoxicilline.

L'orientation systématique vers un chirurgien-dentiste pour le traitement étiologique est pratiquée de façon très large. Cependant, les médecins rédigent rarement un courrier pour le chirurgien-dentiste et la communication entre les deux professions s'avère être quasi-inexistante.

Enfin, la formation initiale concernant les pathologies dentaires est le plus souvent jugée insuffisante et la majorité des médecins est susceptible d'être intéressée par une formation complémentaire sur le sujet. Pour autant, une partie des praticiens ne se sent pas concerné par la pathologie dentaire et estime qu'il faudrait surtout faciliter l'accès des patients au chirurgien-dentiste.

La perspective d'une formation plus complète des médecins en matière de pathologie dentaire serait souhaitable. Elle pourrait permettre de lever les doutes diagnostics qui existent parfois chez certains praticiens. Il en résulterait peut-être une diminution des prescriptions d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] L'assurance maladie. Abscès Dentaire : Les Bons Réflexes - Ameli-Santé.
<http://www.ameli-sante.fr/abces-dentaire/abces-dentaire-les-bons-reflexes.html>.
- [2] R Poveda Roda , J V Bagan , J M Sanchis Bielsa , E Carbonell Pastor. Antibiotic Use in Dental Practice. A Review.
<http://scielo.isciii.es/pdf/medicorpa/v12n3/02.pdf>.
- [3] R Jones, J McConville, D Mason, L Macpherson, L Naven, and J McEwen. The British Journal of General Practice. Royal College of General Practitioners. Attitudes Towards, and Utility Of an Integrated Medical-Dental Patient-Held Record in Primary Care.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>.
- [4] Société Française d'ORL. Cellulite Cervico-Faciale - ORL France.
<https://www.orlfrance.org>
- [5] C Bertolus. Urgences 2011 chapitre 52. Cellulite Cervico-Faciale - SFMU.
http://www.sfmus.org/urgences2011/donnees/pdf/052_bertolus.pdf.
- [6] Cohen LA, Bonito AJ, Eicheldinger C, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR, Khanna N. Department of Health Promotion and Policy, University of Maryland Dental School, Baltimore, MD 21201, USA. Comparison of Patient Visits to Emergency departments, physician offices, and dental offices for dental problems and injuries.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- [7] A Wilk. Module de spécialité Stomatologie, Chirurgie Maxillo Faciale et Chirurgie Plastique Réparatrice 2007-2008. Complication À Distance Des Foyers Dentaires.
http://udsmed.ustrasbg.fr/emed/courses/STOMATOLOGIE/document/complication_foyers_de_dentaires.pdf
- [8] S Azogui-Lévy, T Rochereau. IRDES. Questions d'économie de la santé. Comportement de Recours Aux Soins et Santé Bucco-Dentaire.” <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>.

- [9] M Kessi. Développement et santé. Conduite À Tenir Devant La Douleur En Odontostomatologie.
<http://devsante.org/base-documentaire/ophtalmo-ori-stomato/conduite-tenir-devant-la-douleur-en-odontostomatologie>.
- [10] ANSM. Dix Ans D'évolution Des Consommations D'antibiotiques En France.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/.pdf.
- [11] H Picard, G Menahem. IRDES. Dynamiques de Précarisation, Modes D'adaptation Identitaire et Interactions Avec Les Logiques de Santé.
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/MemoireMColletPrecarisation.pdf>
- [12] Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Item 256 : Lésions Dentaires et Gingivales.
<http://umvf.univ-nantes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie9/site/html/cours.pdf>.
- [13] H Szpirglas. La Douleur En Stomatologie.
<http://www.alphaomegamarseille.com/new/wp-content/douleurstomato-1.pdf>.
- [14] O. Robin, I. Fribourg-Chelle, D. Bois. La Douleur, Premier Motif de Consultation En Odonto-Stomatologie - Springer.
<http://link.springer.com/article>
- [15] A Tenenbaum. INSERM. La Relation Médecin / Chirurgien dentiste.
http://www.hal.inserm.fr/docs/00/25/58/42/.../Article_A_TENENBAUM.doc.
- [16] CHRU de Lille. Magazine n°42. Les Anti-Inflammatoires : Attention À L'automédication !
<http://cap.chru-lille.fr/GP/magazines/97005.html>.
- [17] J Croze. Les Médicales de St Julien. Les Douleurs Bucco-Dentaires Aigues.
http://www3.chu-rouen.fr/LES_DOULEURS_BUCCODENTAIRES_AIGUES.pdf.

- [18] J-P Ferley, B Roche-Bigas. ARS du Limousin. Rapport n°259 – Mai 2013. Les Obstacles À L'accès Aux Soins En Limousin.
http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2013/Acces-aux-soins_synth79.pdf.
- [19] M Broome, B Jaques, Y Monnier. Revue Médicale Suisse. Les Sinusites D'origine Dentaire : Diagnostic et Prise En Charge.
<http://rms.medhyg.ch/numero-173-page-2080.htm>.
- [20] Société Française de Médecine Générale, Observatoire de la Médecine Générale. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville.
<http://omg.sfmng.org/content/donnees/donnees.php>.
- [21] Cours de l'Université de Paris 5. Péricoronarite.
<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/>
- [22] Cours de l'Université de Rouen. Pharmacologie de La Douleur et de L'inflammation.
<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utilis>.
- [23] S Rabiei, S Mohebbi, K Patja, J Virtanen. Physicians' Knowledge of and Adherence to Improving Oral Health.
<http://link.springer.com/article/>
- [24] K. Souaga, A. Adou, D. Amantchi, Y. Angoh. Plaidoyer Pour Une Utilisation Raisonnée Des Anti-Inflammatoires En Odonto-Stomatologie.
<http://www.santetropicale.com/resume/38305.pdf>.
- [25] C. Madrid, K. Bouferrache, P. Moller. Revue Médicale Suisse. Numéro 3089. Pourquoi Voir Un Docteur ? C'est Un Dentiste Qu'il Vous Faut ! Santé buccale et médecine de premier recours : quels enjeux ?
<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php>.
- [26] AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique. Prescription Des Antibiotiques En Pratique Bucco-Dentaire.
<https://www.ansm.sante.fr>

- [27] S Kack Kack. Catalogue SUDOC. Thèse de médecine générale. Prise En Charge Par Le Médecin Généraliste Des Pathologies Dentaires.
<http://www.sudoc.abes.fr>
- [28] P Baticle. Quand Le Médecin Généraliste Joue Au Dentiste.
<http://www.pegasefmc.org/resources/Dentiste.pdf>.
- [29] AFSOS. Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support. Radiothérapie et Soins Bucco-Dentaires.
http://www.afsos.org/IMG/pdf/Radiothrapie_et_soins_bucco-dentaires.pdf.
- [30] J-H Catherine, B Lefevre, L Nawrocki, J-H Torr. SFCO. Recommandations. Foyers Infectieux Dentaires.
http://www.societechirorale.com/Recommandations/recommandations_foyers_infectieux.pdf.
- [31] OMS. Santé Bucco-Dentaire Aide-mémoire N°318 Avril 2012.
<http://www.who.int/mediacentre/fr/>.
- [32] E C. Westman, M B. Duffy, DL. Simel. Should Physicians Screen for Oral Disease? - Springer.”
<http://link.springer.com/article>
- [33] HAS. Recommandations en santé publique. Mars 2010. Evaluation des stratégies de prévention de la carie dentaire.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire.
- [34] UFSBD. Fiche conseil. La Carie.
<http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/08/Fiche-Carie.pdf>.
- [35] UFSBD. Le Dentiste, les Soins, les Coûts.
<http://www.ufsbd.fr>
- [36] UFSBD. Les Recommandations pour une bonne santé bucco-dentaire.

<http://www.ufsbd.fr/espace-pro/notre-vision-de-la-sante-une-profession-en-mouvement/nos-nouvelles-recommandations/>.

[37] L Le Heron. Catalogue SUDOC. Thèse de médecine générale. Urgences Bucco-Dentaires En Médecine Générale.

<http://www.sudoc.abes.fr/>

ANNEXE 1 :

COURRIER ENVOYE AUX MEDECINS DE L'ECHANTILLON

Romain GRIGNON
Le Bourg
86230 Sérigny
romain.grignon@hotmail.fr

A Sérigny,
Le 12 février 2014,

Chères consœurs, chers confrères,

Actuellement médecin généraliste remplaçant, je prépare ma thèse sur la prise en charge des infections dentaires en médecine générale.

En effet, les patients n'ayant pas toujours un accès facile au chirurgien-dentiste, nous sommes amenés à accueillir un nombre non négligeable de patients présentant une pathologie d'origine dentaire (le plus souvent sous la forme d'une douleur dentaire aiguë). Un état des lieux de nos pratiques m'est alors paru intéressant.

Cette étude est dirigée par le Dr Dominault Michel, médecin généraliste à Faye l'Abbesse, maître de stage auprès de la faculté de médecine de Poitiers.

Il s'agit d'une étude anonyme qui est menée auprès de 100 médecins tirés au sort dans le département des Deux-Sèvres. Aussi, je me permets de vous adresser ce questionnaire (composé de 8 questions simples sur vos habitudes professionnelles).

Je prendrai ensuite contact auprès de vous pour essayer de convenir d'un rendez-vous téléphonique afin de recueillir les réponses au questionnaire.

Mes sincères sentiments confraternels.

PS : je joins le questionnaire si vous souhaitez vous y familiariser au préalable.
Pour plus d'informations, je reste disponible par mail si vous le souhaitez.

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

1. A quelle fréquence recevez-vous des patients présentant une pathologie d'origine dentaire ?

- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Environ une fois par mois
- ☐ Environ une fois par quinzaine
- ☐ Environ une fois par semaine
- ☐ Plus d'une fois par semaine

2. Devant une suspicion d'infection dentaire, de quoi se compose habituellement votre examen clinique ?

- ☐ Interrogatoire simple
- ☐ Interrogatoire exhaustif (terrain, traitement, caractéristiques de la douleur, fièvre, dysphagie...)
- ☐ Pas d'examen physique ou examen physique simple
- ☐ Examen physique avec inspection endobuccale
- ☐ Percussion dentaire

3. Quel(s) diagnostic(s) d'infection dentaire avez-vous déjà posé ?

- ☐ Carie simple
- ☐ Pulpite ou rage de dent
- ☐ Desmodontite
- ☐ Abscess dentaire
- ☐ Cellulite d'origine dentaire

4. Au niveau de la prise en charge des douleurs dentaires :

Prescrivez-vous facilement un antalgique de palier 3 pour une douleur invalidante?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Prescrivez-vous régulièrement des AINS ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous arrive-t-il de prescrire une corticothérapie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous des réticences à prescrire un traitement anti-inflammatoire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Dans quelle situation prescrivez-vous une antibiothérapie ?

- ☐ Selon le tableau
- ☐ Selon le terrain
- ☐ Selon l'impression de gravité
- ☐ De façon quasi-systématique
- ☐ Autre

Dans ce cas, quel antibiotique utilisez-vous le plus souvent ?

- ☐ Amoxicilline
- ☐ Amoxicilline – acide clavulanique
- ☐ Macrolide ou apparenté (ex : Pyostacine^R)
- ☐ Métronidazole
- ☐ Association Spiramycine – Métronidazole (ex : Birodogyl^R)

6. Conseillez-vous au patient de consulter un dentiste ?

- ☐ Systématiquement
- ☐ Dans certaines situations
- ☐ Rarement

Si oui, faites-vous un courrier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés devant une infection dentaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- ☐ Difficulté diagnostique
- ☐ Difficulté thérapeutique
- ☐ Crainte de complications graves
- ☐ Autre

8. Estimez-vous avoir reçu une formation suffisante en ce qui concerne les pathologies dentaires ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, une formation complémentaire serait-elle susceptible de vous intéresser ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

RESUME

Auteur : Romain GRIGNON, Directeur de thèse : Dr Michel DOMINAULT

Titre : **Evaluation de la prise en charge des infections dentaires en médecine générale**

Introduction : La carie dentaire peut aboutir à la formation d'un foyer infectieux pouvant engendrer des complications potentiellement graves. Les médecins généralistes sont amenés à recevoir des patients présentant des infections dentaires (le plus souvent sous la forme d'une douleur dentaire aigüe comme la « rage de dent »). Nous avons retrouvé peu d'études sur ce sujet.

Objectifs : L'objectif principal était d'étudier les pratiques professionnelles des médecins généralistes lorsqu'ils se retrouvent face à un patient présentant une infection dentaire. Nous nous sommes également intéressés à des objectifs complémentaires que sont la fréquence du motif de consultation, les différentes infections dentaires déjà diagnostiquées, et enfin la formation sur le sujet vue par les praticiens.

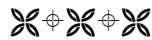
Méthode : Etude quantitative, descriptive, transversale, par questionnaire, auprès d'un échantillon de 100 médecins généralistes des Deux-Sèvres.

Résultats : La participation a été de 85 %. Les médecins reçoivent en moyenne au moins deux fois par mois des patients pour une pathologie dentaire. Ils pratiquent majoritairement un examen clinique relativement complet. La prescription d'AINS est régulière pour environ 60% d'entre eux. Le recours quasi-systématique à l'antibiothérapie est la règle pour plus de la moitié de notre échantillon. L'orientation systématique vers un chirurgien-dentiste pour le traitement étiologique est pratiquée de façon très large. Enfin, la formation initiale concernant les pathologies dentaires est le plus souvent jugée insuffisante et la majorité des médecins est susceptible d'être intéressée par une formation complémentaire sur le sujet.

Conclusion : La perspective d'une formation plus complète des médecins en matière de pathologie dentaire serait souhaitable. Elle pourrait permettre de lever les doutes diagnostics qui existent parfois chez certains praticiens. Il en résulterait peut-être une diminution des prescriptions d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires.

Mots-clés : Médecin généraliste, Infection dentaire, Pratiques professionnelles, Examen clinique, Anti-inflammatoire, Antibiothérapie, Difficulté, Formation

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Auteur : Romain GRIGNON, Directeur de thèse : Dr Michel DOMINAULT

Titre : **Evaluation de la prise en charge des infections dentaires en médecine générale**

Introduction : La carie dentaire peut aboutir à la formation d'un foyer infectieux pouvant engendrer des complications potentiellement graves. Les médecins généralistes sont amenés à recevoir des patients présentant des infections dentaires (le plus souvent sous la forme d'une douleur dentaire aigüe comme la « rage de dent »). Nous avons retrouvé peu d'études sur ce sujet.

Objectifs : L'objectif principal était d'étudier les pratiques professionnelles des médecins généralistes lorsqu'ils se retrouvent face à un patient présentant une infection dentaire. Nous nous sommes également intéressés à des objectifs complémentaires que sont la fréquence du motif de consultation, les différentes infections dentaires déjà diagnostiquées, et enfin la formation sur le sujet vue par les praticiens.

Méthode : Etude quantitative, descriptive, transversale, par questionnaire, auprès d'un échantillon de 100 médecins généralistes des Deux-Sèvres.

Résultats : La participation a été de 85 %. Les médecins reçoivent en moyenne au moins deux fois par mois des patients pour une pathologie dentaire. Ils pratiquent majoritairement un examen clinique relativement complet. La prescription d'AINS est régulière pour plus de la moitié d'entre eux. Le recours quasi-systématique à l'antibiothérapie est la règle pour plus de la moitié de notre échantillon. L'orientation systématique vers un chirurgien-dentiste pour le traitement étiologique est pratiquée de façon très large. Enfin, la formation initiale concernant les pathologies dentaires est le plus souvent jugée insuffisante et la majorité des médecins est susceptible d'être intéressée par une formation complémentaire sur le sujet.

Conclusion : La perspective d'une formation plus complète des médecins en matière de pathologie dentaire serait souhaitable. Elle pourrait permettre de lever les doutes diagnostics qui existent parfois chez certains praticiens. Il en résulterait peut-être une diminution des prescriptions d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires.

Mots-clés : Médecin généraliste, Infection dentaire, Pratiques professionnelles, Examen clinique, Anti-inflammatoire, Antibiothérapie, Difficulté, Formation