



## Prévention des risques infectieux : Focus sur l'antibiothérapie



### Outil d'aide à la décision Médecins généralistes Prescription d'antibiotiques en cas de douleurs dentaires

Les caries dentaires et les maladies parodontales sont des pathologies par nature évolutives qui surviennent lors du déséquilibre de l'activité bactérienne de l'écosystème buccal.

La parodontite apicale symptomatique et l'abcès apical aigu sont des causes courantes de douleur dentaire et résultent d'une inflammation ou d'une nécrose de la pulpe dentaire ou d'une infection du système radiculaire sans pulpe. Le traitement de première intention pour les dents atteintes de ces affections est l'élimination de la source de l'inflammation ou de l'infection par des mesures opératoires locales. **Les antibiotiques systémiques ne sont recommandés que dans les situations où il existe des signes de propagation de l'infection (cellulite, atteinte ganglionnaire, enflure diffuse) ou d'atteinte systémique (fièvre, malaise).**

**Une antibiothérapie curative peut néanmoins parfois être nécessaire dans certaines circonstances en complément ou en temporisation d'un traitement local efficace. Une antibioprophylaxie peut être recommandée lors de certains actes invasifs (dévitalisation, détartrage, soin parodontal, chirurgie parodontale, chirurgie osseuse, chirurgie implantaire, ...) en fonction du profil du patient.**

#### Téléchargez :

- Ce document «Outil d'aide à la décision Médecins généralistes - Prescription d'antibiotiques en cas de douleurs dentaires»



<https://www.urpsml-hdf.fr/antibiotherapie/>

Pour aller plus loin :

- [https://www.cochrane.org/fr/CD010136/ORAL\\_les-effets-des-antibiotiques-sur-des-douleurs-dentaires-provoquees-par-une-inflammation-ou-une](https://www.cochrane.org/fr/CD010136/ORAL_les-effets-des-antibiotiques-sur-des-douleurs-dentaires-provoquees-par-une-inflammation-ou-une)
- Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Recommandations. Afssaps. Juillet 2011
- Sixou M. et al. Biofilm buccal et pathologies buccodentaires. Antibiotiques 2007 (9) 3 : 181-188



Les tableaux sont extraits de :

Actualités Odonto-Stomatologiques - n° 259 - septembre 2012

<https://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2012/03/aos2012259p231.pdf>

## Récapitulatif des questions que l'on peut poser au patient lors de l'interrogatoire d'urgence

Éléments à caractériser	Questions à poser au patient
<b>Douleur</b>	
<b>Ancienneté de la douleur</b>	« Depuis quand avez-vous mal ? »
<b>Siège de la douleur :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Localisée à une dent ou diffuse</li><li>• Secteur ou dent incriminé</li></ul>	« Où avez-vous mal ? » « Quelle dent vous fait mal ? »
<b>Intensité de la douleur :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aiguë, sourde, gêne</li></ul>	« La douleur est-elle légère, modérée, forte ou intolérable » « Sur une échelle de douleur de 1 à 10, où situeriez-vous cette douleur ? »
<b>Nature de la douleur :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Localisée, irradiante, sourde, pulsatile</li></ul>	« Comment décririez-vous votre douleur ? »
<b>Circonstances d'apparitions :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Douleur spontanée ou provoquée</li></ul>	« Quand avez-vous mal ? »
<b>Facteurs d'apparition :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sucré, chaud, froid</li><li>• Pression, repas, décubitus</li></ul>	« Si elle est provoquée, par quoi ? »
<b>Durée de la douleur après suppression du stimulus responsable :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Persistante ou brève</li></ul>	« Quand vous avez mal, la douleur cède-t-elle rapidement ou persiste-t-elle ? Combien de temps ? »
<b>Facteur soulageant la douleur :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Froid, chaud</li><li>• Antalgique, anti-inflammatoire</li></ul>	« Y a-t-il quelque chose qui vous calme ? »
<b>Limitation fonctionnelle</b>	
Problème de mastication	« Pouvez-vous manger du côté douloureux ? »
Trismus	« Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ? »
<b>Éléments complémentaires</b>	
Desmodontite	« Avez-vous une douleur à la mastication ? »
Tuméfaction	« Ressentez-vous un gonflement ? »
Inflammation gingivale	« Avez-vous les gencives qui saignent lorsque vous vous brossez les dents ? »
Mobilité dentaire	« Vos dents bougent-elles ? »
Foyer infectieux	« Ressentez-vous un mauvais goût ? »
Perte de substance	« Avez-vous des dents fracturées, cassées ou trouées ? »
Tassement alimentaire	« Avez-vous des aliments qui se coincent entre les dents ? »

Ces éléments sont donnés à titre indicatif mais ne se substituent en rien à l'orientation du patient vers son chirurgien-dentiste

## Récapitulatif des signes subjectifs par pathologie d'origine endodontique

Pathologies	Signes subjectifs
<b>Hyperhémie pulpaire</b> = <b>Pulpite réversible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilité au sucré et au froid</li> <li>• Douleur brève qui disparaît après retrait du stimulus</li> <li>• Douleur provoquée faible à modérée</li> <li>• Localisation difficile par le patient</li> </ul>
<b>Pulpite irréversible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes récents</li> <li>• Douleur intense, pulsatile, irradiée, spontanée, prolongée rebelle aux antalgiques</li> <li>• Exacerbée par le chaud, la position allongée et l'effort physique</li> <li>• Crises douloureuses séparées par des périodes de rémission complète</li> <li>• Localisation difficile de la dent causale par le patient</li> <li>• Parfois dent douloureuse à la mastication</li> </ul>
<b>Parodontite apicale aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur continue, lancinante, pulsatile</li> <li>• Mastication et brossage douloureux et évités dans le secteur concerné</li> <li>• Sensation de dent « longue »</li> <li>• Localisation aisée de la dent causale par le patient</li> </ul>
<b>Abcès alvéolaire aigu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs spontanées, intenses, continues, lancinantes, nocturnes, irradiées, rebelles aux antalgiques</li> <li>• La moindre pression sur la dent exacerbe la douleur</li> <li>• Sensation de dent « longue » et mobile</li> <li>• Localisation aisée de la dent causale par le patient</li> <li>• Signes généraux (fièvre)</li> </ul>
<b>Cellulites d'origine endodontique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuméfaction souvent douloureuse, inflammatoire, tendue, rouge, qui s'étend au travers des tissus conjonctifs et des plans faciaux</li> <li>• La moindre pression sur la dent ou sur la tuméfaction exacerbe la douleur</li> <li>• Éventuellement signes généraux (fièvre), limitation ouverture buccale</li> </ul>

## Récapitulatif des principaux diagnostics différentiels des pathologies endodontiques

Pathologies	Principaux diagnostics différentiels	Élément discriminant
<b>Hyperhémie pulpaire</b> = <b>Pulpite réversible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperesthésie dentinaire</li> <li>• Sinusite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Récession parodontale, mylolyse, historique de soins récents</li> <li>• Situation anatomique et palpation</li> </ul>
<b>Pulpite irréversible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome du septum</li> <li>• Douleur neurologique/irradiée</li> <li>• Hyperesthésie dentinaire</li> <li>• Otite</li> <li>• Sinusite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carie proximale, compression de la papille, circonstance d'apparition</li> <li>• Absence de facteur causal dentaire identifié</li> <li>• Récession parodontale, mylolyse, historique de soins récents</li> <li>• Siège et hypoacousie</li> <li>• Situation anatomique et palpation</li> </ul>
<b>Parodontite apicale aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abcès d'origine parodontale</li> <li>• Trauma occlusal</li> <li>• Fêlure, fracture</li> <li>• Sinusite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage, test de vitalité</li> <li>• Contrôle de l'occlusion, test vitalité</li> <li>• Sondage, test morsure, transillumination, bleu de méthylène</li> <li>• Situation anatomique et palpation</li> </ul>
<b>Abcès apical aigu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Péricoronarite</li> <li>• Abcès d'origine parodontale</li> <li>• Ostéite</li> <li>• Fusée arsenicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siège, dent en évolution (dent de sagesse mandibulaire +++)</li> <li>• Sondage +, vitalité +</li> <li>• Anamnèse médicale, test de vitalité +</li> <li>• Anamnèse dentaire</li> </ul>
<b>Cellulite d'origine endodontique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lithiase salivaire</li> <li>• Empyème sous cutané</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siège, circonstance d'apparition postprandiale</li> <li>• Anamnèse dentaire, crépitements à la palpation</li> </ul>

## Récapitulatif des thérapeutiques d'urgence

Pathologies	Traitement	Prescription
<b>Hyperhémie pulpaire = Pulpite réversible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anesthésie</li> <li>Curetage de la carie</li> <li>Désinfection de la cavité</li> <li>Obturation coronaire provisoire étanche</li> <li>Coiffage pulpaire au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de prescription</li> </ul>
<b>Pulpite irréversible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anesthésie</li> <li>Curetage de la carie</li> <li>Dépose des obturations coronaires</li> <li>Biopulpectomie sur dent monoradiculée avec irrigation abondante d'hypochlorite de sodium</li> <li>Pulpotomie sur dents pluriradiculées avec pulpectomie du canal où le saignement persiste malgré une compression de 2 à 3 minutes. Généralement le canal distal pour les molaires mandibulaires et palatin pour les molaires maxillaires</li> <li>Irrigation abondante d'hypochlorite de sodium</li> <li>Obturation coronaire provisoire étanche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibiothérapie chez les patients à risque infectieux</li> <li>Antalgiques de niveau 1</li> </ul>
<b>Parodontite apicale aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anesthésie si dent partiellement vivante</li> <li>Dépose des obturations coronaires</li> <li>Curetage de la carie</li> <li>Mise en forme canalaire + irrigation abondante d'hypochlorite de sodium</li> <li>Obturation coronaire provisoire étanche</li> <li>Mise en sous occlusion éventuellement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibiothérapie chez les patients à risque infectieux</li> <li>Antalgiques de niveau 1</li> </ul>
<b>Abcès apical aigu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Curetage de la carie</li> <li>Dépose des obturations coronaires</li> <li>Évacuation spontanée du pus par voie canalaire après débridement canalaire et irrigation au ClO<sub>2</sub> ou provoqué par la mise en place d'une lime fine dans le canal et légèrement au delà du foramen. La dent est laissée ouverte pendant 24 à 48h maximum</li> <li>Éventuellement mis en sous occlusion</li> <li>Si échec du drainage par voie canalaire et abcès collecté et fluctuant, un drainage trans-muqueux est réalisé par incision franche jusqu'au contact osseux. Un drain est mis en place pour 48h</li> <li>En absence de drainage canalaire et abcès non encore collecté et non fluctuant laisser la dent ouverte 24 à 48h maximum</li> <li>Dans tous les cas, revoir le patient au bout de 48h avec nettoyage et désinfection du système canalaire sous irrigation abondante de ClO<sub>2</sub> et fermeture de la dent avec un pansement coronaire provisoire étanche. Le traitement endodontique est réalisé ultérieurement si possible pendant la phase d'antibiothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibiothérapie</li> <li>Antalgique voire corticoïde chez tous les patients</li> <li>Bain de bouche chaud si dent ouverte</li> </ul>
<b>Cellulite d'origine endodontique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En absence de limitation de l'ouverture buccale, la thérapeutique d'urgence sera identique à celle d'un abcès apical aigu</li> <li>Prise en charge hospitalière éventuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibiothérapie à spectre ciblé sur les anaérobies</li> <li>Antalgique</li> </ul>