

Recommandations de la SFMBCB

Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte

(Med Buccale Chir Buccale 2008;14:129-59)

Avertissement

Les salicylés et les AINS appartiennent à la même classe thérapeutique (agents antipyrétiques-analgésiques) mais il convient de différencier ces deux classes de médicaments. En effet, leurs propriétés pharmacologiques sont très différentes essentiellement par le fait que les salicylés (surtout l'aspirine) inhibent de façon irréversible les cyclo-oxygénases. Ainsi l'action de l'aspirine est directement liée au turnover de ces cyclo-oxygénases dans les tissus. Ceci explique, en particulier, pourquoi l'aspirine a une action prolongée sur l'hémostase primaire : elle inhibe de façon irréversible l'adhésion plaquettaire.

Les AINS trouvent leur principale indication comme agent anti-inflammatoire dans le traitement de certaines affections musculo-squelettiques (polyarthrite rhumatoïde, arthrose...). Le plus souvent, les AINS permettent seulement une diminution de la symptomatologie inflammatoire et de la douleur dues à ces affections mais ils ne peuvent pas à eux seuls stopper la progression de la maladie. L'effet anti-inflammatoire passe alors par une réduction des radicaux superoxydes et l'induction de l'apoptose, inhibe l'expression des molécules d'adhésion, diminue la synthèse de la NO synthase et des cytokines pro-inflammatoires. Ces effets ne peuvent s'observer qu'avec des doses importantes et après une à deux semaines de traitement.

Introduction

Les anti-inflammatoires comportent deux classes de médicaments : les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS, et les glucocorticoïdes. Ils ont des propriétés différentes qui sont méconnues ou mal connues. Certains ont été banalisés par l'usage et l'automédication ; d'autres, en particulier les glucocorticoïdes, suscitent appréhension et crainte qui reposent en réalité sur des notions caduques.

Plusieurs études récentes ont permis de mieux comprendre leur mode d'action, de rechercher et de trouver de nouvelles

molécules sensées avoir moins d'effets indésirables, et de mettre en évidence des effets secondaires rares mais bien réels.

Ces recommandations ont pour objectif de proposer une attitude cohérente pour la prescription d'anti-inflammatoires en chirurgie buccale, reposant sur une analyse raisonnée des données de la littérature et sur l'avis d'experts. Elles s'adressent aux chirurgiens-dentistes, aux stomatologistes, aux chirurgiens maxillo-faciaux, aux médecins généralistes, aux médecins spécialistes (oto-rhino-laryngologues, internistes, anesthésistes-réanimateurs...) et aux pharmaciens.

Pour des raisons pratiques et surtout de lisibilité, les recommandations pour les AINS et celles pour les glucocorticoïdes seront présentées séparément, même si ceci donne une impression de redondance car les questions posées sont communes aux deux classes de médicaments.

Les salicylés (aspirine...) en raison de leur effet sur l'hémostase, et les anti-inflammatoires à visée particulière (colchicine...) qui n'ont pas d'indication en chirurgie buccale, ont été exclus de ces recommandations.

Les AINS en chirurgie buccale

Indications

1. L'effet antalgique des AINS est supérieur à celui du paracétamol et comparable à celui des opioïdes faibles (codéine, tramadol...) utilisés seuls ou associés au paracétamol. **[Grade A]**. En revanche, les AINS n'ont pas d'effet supérieur au paracétamol seul sur les autres manifestations inflammatoires (œdème et trismus).
En chirurgie buccale, les AINS ne doivent donc pas être considérés comme des anti-inflammatoires, mais uniquement comme des antalgiques. [Grade A]
2. Il est recommandé d'utiliser les AINS ayant une AMM obtenue pour l'indication antalgique (Tab. I). Parmi les 9 molécules ayant cette AMM (fénamates : acide méfénamique et

Tableau I. Liste des AINS possédant une AMM avec une indication antalgique (Vidal 2008[®]).

DCI	Spécialités	Dosage	Posologie par prise	Dose maximale journalière
Acide méfénamique	Ponstyl [®]	250 mg	250 à 500 mg	1500 mg
Acide niflumique	Nifluril [®]	250 mg	250 mg	1000 mg
Ibuprofène	Advil [®] , génériques	200, 400 mg	200 à 400 mg	1200 mg
Acide tiaprofénique	Surgam [®] , Flamid [®]	100, 200 mg	100 à 200 mg	600 mg
Fénoprofène	Nalgésic [®]	300 mg	300 à 600 mg	1200 mg
Kétoprofène	Toprec [®]	25 mg	25 mg	75 mg
Naproxène	Aleve [®] , Apranax [®] , génériques	220, 275, 500, 550 mg	220, 275, 550 mg	1100 mg
Diclofénac	Voltaire [®] Dolo [®]	12,5 mg	12,5 à 25 mg	75 mg
Nimésulide	Nexen [®]	100 mg	100 mg	200 mg

acide niflumique ; propioniques : ibuprofène, acide tiaprofénique, fénoprofène, kétoprofène et naproxène ; autres : diclofénac et nimésulide), aucune n'a fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres, en termes d'efficacité et de tolérance. **[Accord professionnel]**

Modalités de prescription

- La prescription d'AINS à visée antalgique doit respecter les principes de la stratégie thérapeutique de la douleur. La prise doit être préventive et se faire à heure fixe : en première intention, la prescription « en cas de douleur » n'est pas recommandée (cf. Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale. HAS 2005). **[Grade A]**
- La prise initiale doit tenir compte du délai d'action (environ 1h pour une prise per os) de la molécule pour obtenir une efficacité avant la fin prévisible de l'anesthésie locale ou loco-régionale (cf. Prévention et traitement de la douleur post-opératoire en chirurgie buccale. HAS 2005). **[Grade A]**
- La durée optimale du traitement à visée antalgique est de 3 jours. Elle ne doit pas en principe dépasser 5 jours ; la persistance de la douleur sans diminution de son intensité doit conduire à une ré-évaluation du cas. **[Accord professionnel]**
- L'administration par voie orale doit être privilégiée pour les interventions sous anesthésie locale et loco-régionale. **[Grade A]**

Contre-indications

- La prescription d'AINS doit tenir compte de leurs effets indésirables, de leurs précautions d'emploi et de leurs contre-indications. Elle doit être évitée chez les patients présentant une contre-indication : grossesse après le 5^e mois ou allaitement, personnes âgées (> 65 ans), sujets présentant une pathologie ulcéreuse même guérie ou inflammatoire gastro-intestinale, sujets insuffisants rénaux (clairance de la créatinine < 60 ml/min), patients ayant un traitement anticoagulant, un traitement antiagrégant plaquettaire, un trouble de l'hémostase... **[Grade A]**

- Il est contre-indiqué d'associer deux AINS à dose efficace (cf. Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale, HAS 2005). **[Accord professionnel]**

Les AINS augmentent-ils le risque infectieux ?

- La relation de cause à effet entre prise d'AINS et augmentation du risque infectieux n'est pas scientifiquement établie en chirurgie buccale. Toutefois, il est rappelé que la prise d'AINS est susceptible de masquer les signes d'une infection. La prescription d'AINS ne justifie pas à elle seule la prescription d'antibiotiques. **[Accord professionnel]**
- La prescription d'antibiotiques conserve ses indications indépendamment de la prescription d'AINS (cf. Prescription des antibiotiques en Odontologie et en Stomatologie. AFSSAPS 2001). **[Grade A]**

Les glucocorticoïdes en chirurgie buccale

Indications

- Les glucocorticoïdes (Tab. II) sont indiqués pour la prévention des manifestations inflammatoires (œdème et trismus). **[Accord professionnel]**
- Leur activité antalgique modeste justifie la prescription associée d'antalgiques. L'association avec un AINS est déconseillée. **[Grade A]**
- Les glucocorticoïdes en agissant sur la composante inflammatoire pourraient prévenir les douleurs neuropathiques post-opératoires. **[Accord professionnel]**
- L'analyse de la littérature concernant la chirurgie buccale ne permet pas de privilégier une molécule parmi toutes celles disponibles sur le marché. Pour des raisons pharmacocinétiques (biodisponibilité, demi-vie biologique), il paraît préférable d'utiliser la prednisone. **[Accord professionnel]**

Modalités de prescription

- La prise initiale doit tenir compte du délai d'action des glucocorticoïdes pour obtenir une efficacité avant le début

Tableau II. Spécialités de glucocorticoïdes commercialisées en France.

DCI	Spécialités	Forme	Dosage	Posologie d'attaque (voie orale)
Bétaméthasone phosphate disodique	Betnesol®	Orale Parentérale	0,5 mg 4 mg/ml	0,05 à 0,2 mg/kg/jour
Bétaméthasone	Célestène®	Orale	0.5 mg, 2 mg	0,05 à 0,2 mg/kg/jour
Bétaméthasone acétate	Célestène Chronodose®	Intramusculaire	5,7 mg/ml	1 injection pendant la période allergique
Dexaméthasone acétate	Dectancyl®	Orale	0,5 mg	0,05 à 0,2 mg/kg/jour
Dexaméthasone phosphate sodique	Dexaméthasone Merck®	Parentérale	4 mg/ml	de 2 à 20 mg/jour par jour
Méthylprednisolone acétate	Dépo-Médrol®	Intramusculaire	40 mg/ml	une injection pendant la période allergique
Méthylprednisolone	Médrol®	Orale	4, 16, 32, 100 mg	0,3 à 1 mg/kg/jour de méthylprednisolone
Méthylprednisolone succinate sodique	Méthylprednisolone Dakotapharma®	Parentérale	10 mg/ml, 60 mg/ml	120 mg par jour
Méthylprednisolone	Méthylprednisolone Merck®	Parentérale	20 mg, 40 mg, 500 mg, 1 g	120 mg par jour
Prednisolone acétate	Hydrocortancyl®	Locale (injection)	125 mg/5 ml	1/2 à 2 ml selon le lieu de l'injection et l'affection à traiter
Prednisolone	Hydrocortancyl®	Orale	5 mg,	0,35 à 1,2 mg/kg/jour
Métasulfobenzoate sodique de prednisolone	Solupred®, génériques	Orale	1 mg/ml, 5 mg, 20 mg	0,35 à 1,2 mg/kg/jour
Prednisone	Cortancyl®	Orale	1, 5, 20 mg	0,35 à 1,2 mg/kg/jour

de l'intervention (au minimum 4 heures avant l'intervention pour une prise per os). Elle se fait classiquement le matin de la veille de l'intervention. **[Accord professionnel]**

6. La dose quotidienne moyenne conseillée est de 1 mg/kg de poids corporel équivalent prednisone, per os en une seule prise, le matin. **[Accord professionnel]**
7. La durée optimale du traitement est de 3 jours, maximum 5 jours. (accord professionnel); s'agissant de cures courtes, le traitement est interrompu sans avoir à diminuer progressivement la dose. **[Grade A]**
8. Pour tout acte sous anesthésie locale ou loco-régionale, l'administration par voie orale doit être privilégiée; l'injection intra-musculaire est déconseillée en raison du risque infectieux lié à l'injection. **[Accord professionnel]**

Contre-indications

9. La prescription de glucocorticoïdes doit tenir compte de leurs effets indésirables, de leurs précautions d'emploi et

de leurs contre-indications absolues (viroses et autres infections en évolution, psychoses non contrôlées...) et relatives (diabète, déficit immunitaire...). **[Accord professionnel]**

Les glucocorticoïdes, en cure courte, augmentent-ils le risque infectieux ?

10. Une prescription de glucocorticoïdes en cure courte ne justifie pas à elle seule la prescription d'antibiotiques; la relation de cause à effet entre prise de glucocorticoïdes en cure courte et augmentation du risque infectieux n'est pas scientifiquement établie en chirurgie buccale. Elle est toutefois susceptible de révéler une infection latente (tuberculose...). **[Accord professionnel]**
11. La prescription d'antibiotiques en chirurgie buccale conserve ses indications indépendamment de la prescription de glucocorticoïdes (cf. Prescription des antibiotiques en Odontologie et en Stomatologie, AFSSAPS 2001). **[Grade A]**

En chirurgie buccale :

- Les AINS doivent être considérés uniquement comme des antalgiques car ils sont dénués d'effets sur l'œdème et le trismus.
- La prise en charge optimale des manifestations inflammatoires (douleur, œdème, trismus) repose sur l'association d'un glucocorticoïde et d'un antalgique non anti-inflammatoire (paracétamol, codéine, tramadol).
- L'association d'un glucocorticoïde et d'un AINS est déconseillée.