



HAL
open science

Doléances bucco-dentaires : attitude des pharmaciens d'officine en Lorraine

Philippine Biblot

► **To cite this version:**

Philippine Biblot. Doléances bucco-dentaires : attitude des pharmaciens d'officine en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. hal-03298234

HAL Id: hal-03298234

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298234>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE

Année 2020

N° 11200C-BIBLOT

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le :
17 Juillet 2020

Par

Philippine BIBLOT
Née le 29 Novembre 1989 à EPINAL (Vosges)

Doléances bucco-dentaires :

Attitude des pharmaciens d'officine en Lorraine.

Composition du jury :

Président :

Pr. Jean-Marc MARTRETTE

Membre :

Dr. David JOSEPH

Directeurs de thèse :

Dr. Kazutoyo YASUKAWA

Dr. Claire EGLOFF-JURAS

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE

Année 2020

N° 11200C-BIBLOT

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le :
17 Juillet 2020

Par

Philippine BIBLOT
Née le 29 Novembre 1989 à EPINAL (Vosges)

Doléances bucco-dentaires :

Attitude des pharmaciens d'officine en Lorraine.

Composition du jury :

Président : Pr. Jean-Marc MARTRETTE

Membre : Dr. David JOSEPH

Directeurs de thèse : Dr. Kazutoyo YASUKAWA

Dr. Claire EGLOFF-JURAS

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire arrête que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE
Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT
Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER.
Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS
Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme <u>DROZ Dominique</u>	Maître de conférences *
	Mme JAGER Stéphanie	Maître de conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maître de conférences *
	M. LEFAURE Quentin	Assistant
	Mme HOMBOURGER Morgane	Assistante
Département orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme FANGET Alexia	Assistante
	M. <u>VANDE VANNET Bart</u>	Maître de conférences associé *
Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme SENG Marlyne	Assistante *
	Mme <u>CLEMENT Céline</u>	Maître de conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Assistant *
	Mme NASREDDINE Greyce	Assistante
Département parodontologie Sous-section 57-01	M. VEYNACHTER Thomas	Assistant
	M. <u>AMBROSINI Pascal</u>	Professeur des universités *
	Mme BISSON Catherine	Maître de conférences *
	M. JOSEPH David	Maître de conférences *
	M. LACH Patrick	Assistant
	Mme MAYER-COUPIN Florence	Assistante
Département chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – praticien attachée
	Mme <u>GUILLET-THIRIAULT Julia</u>	Maître de conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de conférences
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de conférences *
	M. CLERC Sébastien	Assistant*
	M. CHAPUIS Hippolyte	Assistant*
Département biologie orale Sous-section 57-01	Mme KICHENBRAND Charène	Enseignante univ. – praticien attachée*
	M. <u>YASUKAWA Kazuhiro</u>	Maître de conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des universités *
Département dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	Mme EGLOFF-JURAS Claire	Maître de conférences *
	M. <u>MORTIER Eric</u>	Professeur des universités *
	M. AMORY Christophe	Maître de conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de conférences *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Professeur des universités *
	M. VINCENT Marin	Maître de conférences*
	Mme GEBHARD Cécile	Assistante
	M. GRABER Clément	Assistant
Département prothèses Sous-section 58-01	M. GIESS Renaud	Assistant *
	M. <u>DE MARCH Pascal</u>	Maître de conférences
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de conférences *
	Mme CORNE Pascale	Maître de conférences *
	M. CIESLAK Steve	Assistant
	M. HIRTZ Pierre	Enseignant univ. – praticien attaché
	Mme MOEHREL Bethsabée	Assistante
Département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	M. SYDA Paul-Marie	Assistant
	Mme WILK Sabine	Assistante
	Mme <u>STRAZIELLE Catharina</u>	Professeur des universités *
	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de conférences *
M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de conférences	
Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline	Assistante associée	

Souligné : responsable de département * temps plein

Mis à jour le 10/12/2019

Remerciements

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en sciences pharmacologiques

Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire

Habilité à diriger des recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Chevalier des Palmes académiques

Sous-section : Biologie Orale

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de
présider le jury de notre thèse et nous vous en sommes
sincèrement reconnaissant.*

*Nous tenons à vous remercier pour la qualité
de vos enseignements ainsi que pour votre
bienveillance envers les étudiants.*

*Veillez trouver dans ce travail, l'expression de
notre profond respect.*

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Claire EGLOFF-JURAS

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire

Ancienne interne en médecine bucco-dentaire

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Sous-section : Biologie orale

*Nous apprécions l'honneur que vous nous
avez fait en acceptant la direction de cette thèse.*

*Nous vous remercions pour vos précieux
conseils, votre disponibilité, ainsi que pour votre
investissement dans ce travail*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre
gratitude et nos remerciements les plus sincères.*

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Kazutoyo YASUKAWA

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Paris DESCARTES,
mention sciences de la vie et de la santé
Spécialiste qualifié en médecine bucco-dentaire
Maître de Conférences – Praticien Hospitalier
Responsable du département de biologie orale

Sous-section : Biologie orale

*Nous vous remercions de la gentillesse avec laquelle vous avez
accepté la direction de cette thèse.*

*Pour votre disponibilité et amabilité tout au long de notre travail,
Pour vos enseignements durant notre cursus universitaire,
Veuillez trouver ici l'expression de notre plus grande reconnaissance.*

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur David JOSEPH

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université de Lorraine,
mention sciences de la vie et de la santé
Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Sous-section : Parodontologie

*Nous vous adressons nos plus sincères
remerciements pour avoir accepté de juger cette thèse.*

*Nous nous rappellerons votre sympathie, votre
pédagogie, nous nous souviendrons de vos enseignements et
conseils toujours pertinents.*

*Permettez-nous d'exprimer ici notre gratitude et notre
plus grande reconnaissance.*

Sommaire :

Liste des figures.

Liste des tableaux.

Introduction.

1. Les principales doléances bucco-dentaires rencontrées en officine.

1.1. Les douleurs et sensibilités.

1.2. Les lésions et traumatismes buccaux.

1.3. L'hygiène buccodentaire et l'halitose.

1.4. Les colorations dentaires.

1.5. Les doléances prothétiques.

2. Enquête sur l'attitude des pharmaciens en Lorraine concernant les doléances bucco-dentaires.

2.1. Matériels et méthodes.

2.2. Résultats.

3. Discussion : Améliorer la prise en charge des patients via la réalisation de fiches conseil.

Conclusion.

Bibliographie.

Table des matières.

Liste des figures :

Figure 1 : Schéma de KEYES modifié par Newbrun, revu par Reisne et Douglas. (Source : Reisne et Douglas, 1998).....	1919
Figure 2 : Affiche « Sauve ta dent » par l'Association Internationale de Traumatologie Dentaire à l'université de Valparaiso. Traduction effectuée par le Dr Cecilia Bourguignon (Source : Emerich et Kaczmarek, 2010).....	444
Figure 3 : La méthode 1-2-3-4. (Source : UFSBD)	4846
Figure 4 : Méthode B.R.O.S. (Source : UFSBD).....	4949
Figure 5 : Répartition selon l'âge de la population étudiée.	611
Figure 6 : Sexe de la population étudiée.	622
Figure 7 : Répartition selon la durée d'exercice.....	622
Figure 8 : Répartition des pharmaciens adjoints et titulaires (et durée de titularisation pour ces derniers).....	633
Figure 9 : Répartition selon le nombre de pharmacien exerçant dans l'officine.....	644
Figure 10 : Répartition selon le nombre de préparateurs exerçant à l'officine.....	644
Figure 11 : Pourcentage de pharmaciens se sentant à l'aise face aux doléances bucco-dentaires.....	655
Figure 12 : Répartition selon la connaissance ou non de l'existence d'un système de garde.	666
Figure 13 : Attitude face à une douleur pulpaire sans tuméfaction.	677
Figure 14 : Évaluation du caractère urgent du cas numéro un sans tuméfaction. .	6868
Figure 15 : Attitude face à une douleur pulpaire avec tuméfaction.	6969
Figure 16 : Attitude face à une pathologie parodontale.	700
Figure 17 : Évaluation du caractère urgent de la pathologie parodontale.....	711
Figure 18 : Attitude face à l'aphte vulgaire.....	722
Figure 19 : Évaluation du caractère urgent pour l'aphte vulgaire.....	733
Figure 20 : Attitude face au traumatisme dentaire.	744
Figure 21 : Évaluation du caractère urgent du traumatisme dentaire.	755
Figure 22 : Attitude face à l'hyperesthésie dentinaire.	755
Figure 23 : Évaluation du caractère urgent de l'hyperesthésie dentinaire.	766

Liste des Tableaux :

Tableau 1 : Tableau récapitulatif : Utilisation des produits de santé fluorés chez l'enfant. (Source : ASN, 2008).....	255
--	-----

Introduction :

Le pharmacien est un interlocuteur privilégié pour les patients. En effet, il a le monopole de la vente des médicaments, et est ainsi facilement sollicité pour toutes sortes de conseils. C'est un acteur clé, qui est d'autant privilégié que ses conseils sont gratuits, et sont disponibles sans délai.

Les patients rencontrant des difficultés d'accès aux soins, que ce soit par isolement géographique, délais d'attente trop long, manque de moyen, ou phobies, se tourneront aisément vers de l'automédication, ou l'achat de médicaments en vente libre dans les pharmacies.

Pour éviter des erreurs ou des retards de diagnostics, le pharmacien doit pouvoir prendre en charge toutes les situations, identifier, mais aussi évaluer la gravité des symptômes ou des pathologies afin d'encourager le patient à consulter rapidement en cas de besoin.

Dans notre exercice quotidien de chirurgien-dentiste, il nous arrive de constater des conseils ou des délivrances de produits pharmaceutiques inadéquats, ce qui a motivé ce travail.

Nous ferons ainsi, dans un premier temps, un point sur les différentes situations cliniques qui peuvent amener les patients à consulter leur pharmacien. Nous chercherons ensuite, dans un second temps, à évaluer l'attitude des pharmaciens en Lorraine par l'intermédiaire d'un questionnaire. Le but sera ici de comparer les habitudes des pharmaciens aux recommandations de bonnes pratiques.

Enfin, nous réaliserons des fiches simples, destinées aux pharmaciens, afin de faciliter la prise en charge de ces patients.

1. Les principales doléances bucco-dentaires rencontrées en officine

Selon une étude de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) demandée par Dentaly.org, et réalisée par questionnaire auto-administré à 1 003 personnes majeures en Novembre 2018, seuls 50% des sondés jugent « facile » l'accès aux soins dentaires, et seulement 55% d'entre eux s'est rendu chez leur dentiste au cours de l'année écoulée.

On constate également que 45% expliquent avoir dû renoncer à des soins dentaires à cause de leur coût, 33% pour des raisons psychologiques (peur) et 31% ont renoncé du fait de la difficulté à obtenir un rendez-vous rapidement (IFOP, 2018).

Les pharmaciens vont donc devoir faire face à des doléances buccodentaires de manière fréquente.

Il convient pour le pharmacien d'être particulièrement vigilant, concernant les patients présentant un risque infectieux particulier autre que dentaire. En effet, chez certains patients, un foyer infectieux peut, à terme, engager le pronostic vital.

Il est nécessaire de détecter et d'encourager rapidement ceux-ci à se rendre auprès d'un dentiste, ou du service d'urgences dentaires le plus proche.

Une prise en charge des plus précoces permettra d'éviter le risque de perte de chance et d'améliorer le bénéfice attendu pour chaque thérapeutique qui leur sera proposée.

Ces patients vont présenter deux grands types de risques : infectieux et hémorragique.

On distingue : (Société Française de Chirurgie Orale, 2012)

- Les Patients à haut risque d'endocardite infectieuse, soit les patients qui :
 - Sont porteurs d'une prothèse valvulaire (mécanique ou bio prothèse) ou d'un matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice.
 - Présentent un antécédent d'endocardite infectieuse.
 - Présentent une cardiopathie congénitale cyanogène :
 - ✓ Non opérée ou avec une dérivation chirurgicale pulmonaire systémique.
 - ✓ Opérée, mais présentant un shunt résiduel.

- ✓ Opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale/transcutanée, sans fuite résiduelle, seulement dans les 6 mois suivant la mise en place.
- ✓ Opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée avec shunt résiduel.
- Les patients immunodéprimés (que l'immunodépression soit congénitale, acquise ou iatrogène).
- Les patients avec un traitement par agents antiplaquettaires, anti vitamine K (AVK), nouveaux anticoagulants oraux (NACO) ou sous héparine ainsi que les patients présentant une pathologie de l'hémostase ou de la coagulation.
- Les patients sous biphosphonates, chimiothérapie ou radiothérapie.

Le pharmacien sera également amené à rassurer les patients et veillera à repousser les « on-dit », notamment en ce qui concerne les soins dentaires chez les femmes enceintes et allaitantes, ou les soins sur les dents lactéales des enfants.

En effet il conviendra de rappeler que tous les soins urgents sont possibles à tout moment de la grossesse.

Durant les trois premiers mois, on reportera cependant les soins non urgents. Les radiographies sont également possibles, la zone d'irradiation se trouvant à distance du fœtus. De plus l'utilisation d'un tablier de plomb est obligatoire.

La femme enceinte bénéficie d'un examen de prévention à compter du 4^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement, celui-ci étant pris en charge à 100% par l'assurance maladie. C'est l'occasion d'aborder plusieurs points avec la patiente, notamment l'hygiène orale et alimentaire, ainsi que la prévention de la carie de la petite enfance (AMELI, 2019).

Il est également de sa responsabilité d'informer les patients des risques liés à l'automédication, de rappeler le bon usage des produits qui seront conseillés : pas de bain de bouche avant l'âge de 6 ans, rappeler les posologies et durées maximales de traitement, expliquer la nécessité de consulter son médecin ou chirurgien-dentiste en l'absence d'amélioration dans les jours qui suivent la prise de traitement etc. Pour l'homéopathie, il faudra conseiller la prise en dehors des repas, du café, du tabac et du menthol (attention au dentifrice) pour une meilleure absorption. Il convient également d'éviter de toucher les granules pour ne pas supprimer la substance active en surface (Hégo, 2002). En ce qui concerne l'aromathérapie, le pharmacien

rappellera les règles de base de l'usage des huiles essentielles (HE) qui ne doivent pas être utilisées chez les enfants avant 6 ans, chez les femmes enceintes et allaitantes, ni en cas d'allergie ou d'épilepsie. Un test sera réalisé 48 heures avant, via l'application d'une goutte au niveau du coude et permettra de déterminer l'absence d'allergie. Il rappellera également les modalités de conservation, à l'abri de la lumière et de la chaleur (Lamendin et coll, 2002).

Nous allons à présent nous intéresser aux doléances les plus fréquemment rencontrées.

1.1. Les douleurs et sensibilités dentaires

1.1.1. L'hypersensibilité dentinaire

L'hypersensibilité ou hyperesthésie dentinaire, est caractérisée par une douleur intense et de courte durée.

Elle ne doit pas être négligée car elle pourra être à l'origine d'une diminution de l'hygiène bucco-dentaire et avoir des conséquences délétères par accumulation de plaque dentaire, donc une augmentation du risque carieux et du risque d'inflammation gingivale. En effet, le brossage deviendra douloureux et sera négligé par le patient.

Elle touche selon les différentes études entre 15 et 57% de la population et plus généralement les individus de 20 à 40 ans (Cummins, 2009 ; Lereste, 2010).

Elle est déclenchée par des stimuli de différents types :

- Mécaniques : lors du passage la brosse à dent par exemple.
- Thermiques : chaud/froid.
- Chimiques : acidité.
- Osmotiques : sucré/salé.

Cette hyperesthésie est souvent le résultat de l'exposition de la dentine consécutive à une perte ou une destruction de l'émail et/ou du cément (D'Incau et coll, 2019) :

- Par abrasion dentaire (déplacement de deux corps solides avec un troisième corps fait de particules abrasives qui s'interpose): mastication du bol alimentaire, brosse à dent non adaptée, trop dure, brossage horizontal et/ou trop agressif, trop fréquent, ou utilisation d'un dentifrice trop abrasif.

- Par érosion dentaire : dissolution de l'émail suite à une attaque chimique acide : alimentaire ou médicamenteuse (acide ascorbique en tablette, salbutamol en inhalation contre l'asthme...), via l'environnement du patient (nageur avec le chlore, acidité environnante, pâtisseries etc.), gastrique suite à un reflux gastroœsophagien ou des vomissements, ou encore le recours à un blanchiment dentaire non adapté. Le phénomène d'érosion sera dépendant du pouvoir tampon et du débit salivaire. Ainsi chaque personne y répondra différemment.
- Par attrition (friction de deux corps solides en contact direct): Elle est fréquemment liée à la fonction manducatrice, on a alors une usure des dents par contacts dento-dentaires répétés lors de la mastication et de la déglutition. Elle se retrouve également lors de para-fonctions de l'éveil ou du bruxisme de sommeil, ainsi que lors de troubles occlusaux.
- Par abfraction : perte localisée de l'intégrité de surface de la dent (au niveau amélaire et/ou dentinaire et/ou cémentaire) par destruction en subsurface sous l'effet cumulatif de la flexion dentaire répétée. On retrouve ce phénomène au niveau des lésions cervicales (Touzi et coll, 2011).

L'usure est souvent multifactorielle, ces différents mécanismes pouvant se cumuler.

Les récessions gingivales sont également en cause, une mise à nu du cément présent sur les surfaces radiculaires, provoquera l'exposition de la dentine à ce niveau. Elles apparaissent de façon physiologique avec l'âge du patient, mais peuvent également être consécutives à un brossage délétère. Une mauvaise hygiène buccodentaire avec accumulation de plaque dentaire puis de tartre entraînera une parodontite également responsable des récessions gingivales.

Brannström explique le phénomène douloureux en 1986 avec sa théorie de l'hémodynamique. Suite à un stimulus, il va se produire un mouvement rapide des fluides contenus dans les tubuli dentinaires. Cela engendre une excitation des terminaisons nerveuses pulpaire à l'origine de la douleur (Brannström, 1986).

Toutefois, il est possible que les irritants externes appliqués sur le tissu dentinaire active les terminaisons nerveuses périphériques sensibles. En retour, une libération

de substance P augmente la perméabilité vasculaire et favorise l'activation des fibres nociceptives (Zokkar et coll, 2013).

Le pharmacien pourra jouer un rôle préventif important par (Buxeraud, 2010) :

- Modification des facteurs d'abrasion : brosse souple, de bonne qualité, changée de façon régulière, enseigner une technique de brossage efficace, éviter le brossage trop énergique et horizontal et utiliser un dentifrice peu abrasif.
- Modification des facteurs d'érosion : faire un bilan alimentaire sur une semaine. Éviter de consommer des aliments et boissons trop froids ou chauds, diminuer/supprimer les boissons acides et sucrées, supprimer ces boissons entre les repas et supprimer le grignotage.

Lors de la consommation de boissons acides/sucrées, conseiller l'utilisation d'une paille et conseiller de se rincer la bouche à l'eau. En cas de reflux gastro-œsophagien, de vomissements ou d'hyposialie liés à des maladies générales, il conviendra d'envoyer le patient chez son médecin traitant.

Le brossage avant et après un contact acide sera à éviter. On peut également conseiller l'usage du bicarbonate de sodium en bain de bouche pour diminuer le pH.

- Modification du facteur salivaire (la salive est l'agent protecteur le plus efficace contre l'acidité et les agents abrasifs, on cherche donc à stimuler sa sécrétion) : chewing-gum sans sucre, conseiller une hydratation importante, ou l'utilisation d'un substitut salivaire.

Il sera nécessaire de proposer ensuite des produits visant à limiter la perméabilité dentinaire pour réduire les mouvements hydrodynamiques, par obturation des tubuli.

Pour cela il est possible d'utiliser des dentifrices, gels/stylos ou bains de bouche.

Ils sont à base de composés fluorés : fluorure d'amine, de sodium ou de nicométhanol qui vont permettre de réduire la perméabilité dentinaire en obturant les tubuli.

Certains traitements à base de sels (nitrate ou chlorure) de potassium visent également à augmenter le seuil d'excitation des fibres nerveuses pour les rendre moins sensibles. Il est parfois nécessaire d'attendre 3 semaines avant d'obtenir l'effet escompté.

L'utilisation de dérivé de la caséine de lait : CPP-ACP (phosphopeptide de caséine et phosphate de calcium amorphe) contenu dans la pâte Toothmousse® ou MI Paste Plus® offrant une concentration très élevée en calcium sous forme ionique et améliore ainsi l'action du Fluor. Il permet de stimuler le flux salivaire, de prévenir le développement carieux et de soulager les douleurs dues aux érosions. Attention toutefois aux personnes allergiques aux protéines de lait de vache (Wu, 2019).

En alternative thérapeutique, l'homéopathie peut être proposée : pour soulager la sensation d'hypersensibilité au chaud et au froid, le patient pourra prendre de l'*Hypericum perforatum* 5CH (deux granules, trois fois par jour), et pour renforcer l'émail, *Calcarea fluorica* 9CH (trois granules, trois fois par jour, vingt jours par mois pendant plusieurs mois) (Hégo, 2002 ; Masson, 2003 ; Boukhobza, 2016).

En aromathérapie et apithérapie, la propolis a démontré son efficacité durable et rapide par rapport au nitrate de potassium. Elle permettrait ainsi d'isoler les fibres nerveuses de l'extérieur et de combler les tubuli dentinaires (Purra et coll, 2014).

Il conviendra d'adresser le patient chez son dentiste, de manière non urgente, surtout si la dernière visite de celui-ci date de plus d'un an. Le but est de rechercher et soigner une éventuelle pathologie pulpaire d'origine infectieuse, une fêlure/fracture dentaire, ou un phénomène de bruxisme associé.

1.1.2. Les pathologies pulpaires

La carie est une maladie infectieuse qui se manifeste par une déminéralisation acide, ces acides bactériens proviennent de la transformation des sucres libres fermentescibles alimentaires. Son origine est donc bactérienne et elle va progressivement aboutir à la destruction localisée des tissus durs de la dent.

La pulpe dentaire est un tissu conjonctif bien vascularisé et innervé, qui possède son propre système de défense. Le contact des bactéries, ou de leurs toxines, avec celle-ci déclenche une réaction inflammatoire permettant de contenir l'agresseur et de protéger les tissus sous-jacents.

Sans traitement, le processus infectieux et inflammatoire s'étend et entraîne la nécrose du tissu pulpaire. Les débris issus des tissus nécrosés et infectés se comportent alors comme des antigènes, responsables d'une réponse inflammatoire secondaire au niveau des tissus parodontaux péri apicaux environnants.

Selon l'OMS, en 2016, la moitié de la population mondiale, soit 3,58 milliards, souffrait d'affections bucco-dentaires. La carie de la dent définitive étant l'affection la plus couramment rencontrée.

Il s'agit d'une maladie multifactorielle :

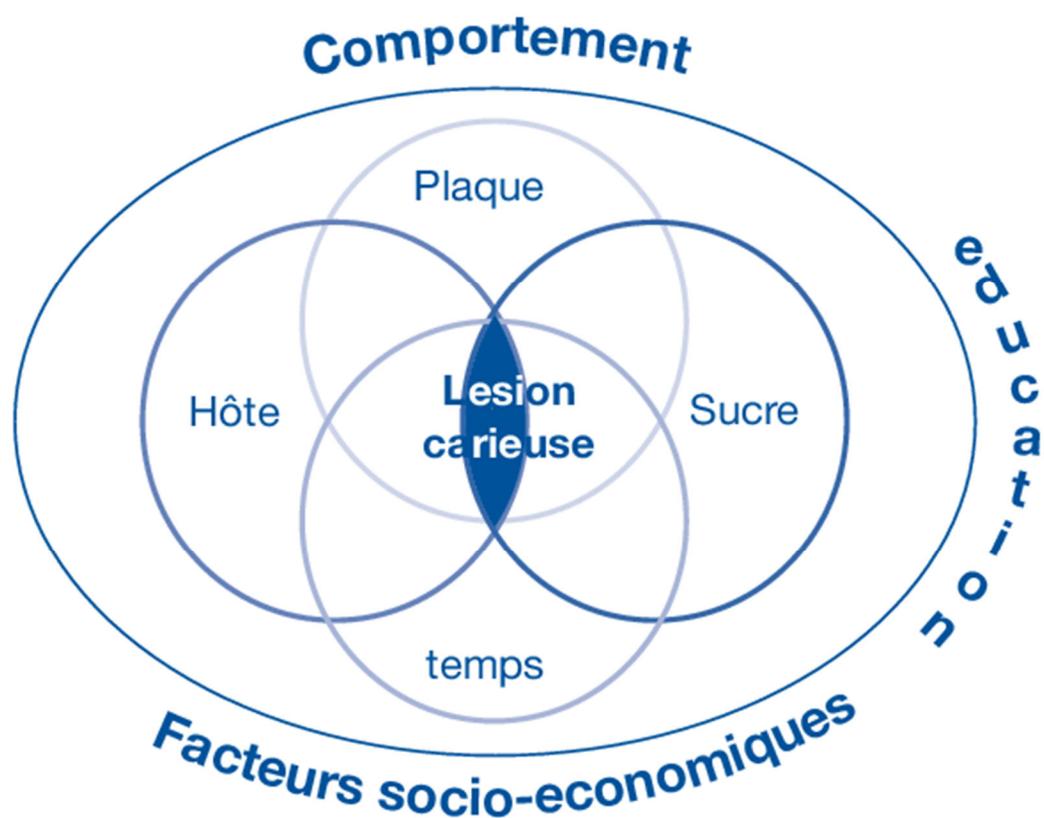


Figure 1 : Schéma de KEYES modifié par Newbrun, revu par Reisne et Douglas. (Source : Reisne et Douglas, 1998)

- Une multitude de bactéries sont présentes dans la cavité buccale. La plaque dentaire est un biofilm qui adhère aux surfaces dentaires, elle est issue de l'accumulation de bactéries aérobies et anaérobies (plaque sous gingivale), de protéines salivaires, et de débris alimentaires. Elle se développe rapidement en l'absence de brossage. Certaines bactéries dites cariogènes vont être à l'origine du processus carieux, il s'agit des bactéries de type *Streptococcus* et

Lactobacillus casei. La plaque dentaire sera donc le facteur déclenchant des pathologies pulpaires (Struzycka, 2014).

- L'alimentation : Les sucres alimentaires, qui vont être consommés par les bactéries, permettront la prolifération de celles-ci. Certains aliments sont naturellement acides et participeront aussi à aggraver le processus carieux.
- Le terrain est également un facteur aggravant, en effet, l'individu lui-même est un facteur important, la réponse immunitaire aux bactéries cariogènes naturellement présentes dans le biofilm définit le niveau de la croissance bactérienne dans la cavité buccale. La salive par son rôle antibactérien et son pouvoir tampon participe à l'équilibre existant entre les bactéries, l'hôte, le temps et l'alimentation. Une anomalie de minéralisation des structures dentaires entraînera une augmentation du risque carieux. La prise de certains médicaments provoquant notamment une hyposialie, ainsi que la radiothérapie et la chimiothérapie favoriseront le processus carieux (Société Française de Chirurgie Orale, 2011).

La consommation de tabac par vasoconstriction des vaisseaux gingivaux jouera aussi un rôle important, la consommation de produits stupéfiants va notamment provoquer une hyposialie (Baudet et coll, 2018).

Enfin la morphologie dentaire, ainsi que la position des dents (espaces interdentaires serrés ou au contraire trop grands) joueront un rôle important en termes de rétention de plaque dentaire.

- Un contexte socio-économico-culturel défavorable augmente le risque de survenue de carie. L'hygiène bucco-dentaire insuffisante est la principale responsable de l'accumulation de plaque dentaire (OMS, 2004).

Le patient peut présenter une pathologie pulpaire (pulpite) réversible ou non en fonction du stade de la carie (Lasfargues, 2010).

En cas de pulpite réversible, le patient décrira une douleur provoquée (au froid, sucré...), qui persiste quelques secondes après l'arrêt du stimulus, l'inflammation pulpaire disparaît après la prise en charge de sa cause. Tandis que lors d'une pulpite irréversible, il décrira des douleurs spontanées, intenses, pulsatiles et continues, elles peuvent être diffuses ou projetées et sont exacerbées par la position allongée et l'effort physique.

Il pourra décrire également l'apparition de taches blanches, brunes ou noires. Ainsi que la présence de cavités. Il est possible aussi qu'il mentionne la présence de ganglions douloureux sous la mandibule.

Peu importe le stade de la pulpite, le pharmacien devra conseiller au patient de se rendre rapidement chez son dentiste. En effet, seul le curetage de la lésion permettra de supprimer et arrêter le processus inflammatoire. Plus la prise en charge sera précoce et plus il sera possible de préserver les tissus dentaires. En présence d'une dent temporaire cariée, la prise en charge par un dentiste ne doit pas trainer pour éviter une propagation du processus infectieux et inflammatoire au germe de la dent définitive.

Le pharmacien a également un rôle important à jouer dans la prévention de la carie de la petite enfance, en informant les parents des risques de transmission de leur propre flore pathogène via les contacts salivaires. Aussi il est important d'éviter un syndrome du biberon, du fait de boissons sucrées pendant les périodes de repos ou la salivation sera réduite, ou en permanence la journée sans brossage dentaire.

Malheureusement, pour ce type de pathologie, le patient aura tendance à venir demander conseil lorsque l'affection et la douleur sont déjà bien en place. Pour soulager la douleur en attendant la visite chez le dentiste le pharmacien proposera :

- Des antalgiques : Paracétamol, on déconseillera l'utilisation d'AINS qui, sans couverture antibiotique, pourraient être à l'origine d'une surinfection comme une cellulite.
- L'utilisation des bains de bouche antiseptiques (tout en ne dépassant pas 15 jours de traitements).
- Localement, pour calmer la douleur, des produits contenant un anesthésique local peuvent être conseillés.
- D'éviter les aliments et boissons trop froids/chauds, sucrés, mastiquer du côté non douloureux et de privilégier des aliments mous.
- De l'aromathérapie : l'huile essentielle (HE) de Clou de girofle qui possède notamment des propriétés antalgique, anti-inflammatoire, anesthésiante, anti-oxydante et anti-infectieuse, ou encore L'HE d'arbre à thé pour ses propriétés anti-infectieuse, antibactérienne, antivirale et cicatrisante. L'HE de Menthe

poivrée est également préconisée pour ses propriétés analgésique, antiseptique et anti-inflammatoire (Lamendin et coll, 2002 ; Festy, 2008).

Le pharmacien devra également rappeler les règles élémentaires lorsque l'on a recours à l'automédication : bien respecter les posologies, surtout la dose maximale journalière et l'intervalle entre deux prises. Ne pas associer ou alterner plusieurs antalgiques sans avis médical préalable.

En complément, il va pouvoir jouer un rôle très important dans la prévention de nouvelles lésions carieuses, il conseillera :

- Une visite de contrôle annuelle chez le dentiste et il rappellera l'utilité du fluor dans la prévention de la carie dentaire.
- Une hygiène bucco-dentaire satisfaisante, avec brossage efficace au minimum biquotidien à l'aide d'une brosse à dents souple, changée au maximum tous les 3 mois, et d'un dentifrice au dosage de fluor adapté. Le nettoyage interdentaire avec du fil dentaire ou des bossettes de diamètre adapté sera également nécessaire.
- Une hygiène alimentaire équilibrée : éviter le grignotage entre les repas, et la consommation excessive d'aliments et boissons très sucrés, alcoolisées et acides, limiter la consommation de ceux-ci à la période des repas. Éviter de consommer des aliments mous et collants, et privilégier la consommation d'aliments solides ou fibreux. Privilégier la consommation d'eau pendant et en dehors des repas, et se rincer la bouche à l'eau à la fin des repas si le brossage n'est pas possible.
- L'arrêt du tabac.
- L'utilisation d'un révélateur de plaque dentaire, surtout chez les enfants.
- D'éviter pour les jeunes enfants les gestes entraînant un échange salivaire comme la succion de la tétine ou l'échange de la cuillère.
- D'éviter d'administrer des médicaments sucrés (sirops, homéopathie) avant le coucher, il faut toujours procéder à un rinçage à l'eau ou brossage après l'administration.
- De faire attention aux adolescents qui peuvent relâcher l'hygiène buccodentaire, surtout pour les porteurs d'appareils orthodontiques.

Le fluor sous forme de fluorures est la molécule de choix dans la prévention des caries. Les ions vont s'insérer dans les cristaux d'hydroxyapatite pour former des cristaux de fluoroapatite. Ce changement permet une meilleure résistance et une solubilité plus faible dans les conditions acides, influençant ainsi le processus de déminéralisation/reminéralisations des tissus dentaires. Ces ions vont également agir sur le métabolisme des bactéries cariogènes présentes au niveau de la plaque dentaire en inhibant une enzyme responsable du développement bactérien (Browne et coll, 2005 ; Vidal, 2017).

En pharmacie, on trouvera les ions fluorures sous deux formes :

- Inorganiques/minéraux : le fluorure d'étain (SnF₂, très peu utilisé car il provoque des colorations dentaires et donne un goût métallique), le fluorure de sodium (NaF) et le monofluorophosphate de sodium (NaMPF). Ces deux derniers peuvent être associés pour augmenter leur efficacité.
- La forme organique est représentée par les fluorures d'amines (AmF) qui possède une biodisponibilité cinq fois plus importante que les fluors minéraux associé à une rémanence plus longue (Horst et coll, 2018).

La teneur en fluor doit être adaptée au risque carieux et à l'âge du patient. Le risque carieux individuel (RCI) est évalué par le dentiste, selon l'HAS, dès l'arrivée des premières dents, et chaque année chez les personnes avec un risque bas, deux fois par an si celui-ci est élevé. Il permet d'intercepter rapidement les attitudes délétères et de mettre en place des moyens pour y remédier. Il repose sur une anamnèse (évaluation des éléments agresseurs : bactériens, alimentaires, et protecteurs : brossage, salive) et un examen clinique (HAS, 2005 ; ANSM, 2008).

Les facteurs de risque de RCI élevés sont divisés en deux groupes :

- Les facteurs de risque individuels :
 - ✓ Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré.
 - ✓ Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter : aliments sucrés, boissons sucrées ou bonbons.
 - ✓ Endormissement avec un biberon d'autre chose que de l'eau pure.
 - ✓ Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie.
 - ✓ Sillons anfractueux au niveau des molaires.

- ✓ Indice de plaque ou la présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation.
- ✓ Présence de caries (dentine atteinte) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte uniquement de l'émail).

La présence d'un seul de ces facteurs suffit à classer un individu en RCI élevé.

- Les facteurs de risque collectifs (qui vont identifier des groupes à risque) :
 - ✓ Niveau socio-économique et/ou niveau d'éducation faible de la famille.
 - ✓ Mauvais état de santé bucco-dentaire des parents ou de la fratrie.
 - ✓ Maladie et handicaps entraînant des difficultés de brossage.
 - ✓ Antécédents de caries.
 - ✓ Présence d'éléments favorisant la rétention de la plaque (restaurations défectueuses, appareils orthodontiques ou prothétiques).

Ces facteurs de risque collectifs seuls, ne suffisent pas à classer un individu en RCI élevé.

Chez l'adulte à risque carieux élevé (présentant déjà des atteintes carieuses, pâtisseries, nageurs (chlore), personnes âgées dépendantes, personnes atteintes de handicap et/ou atteintes de maladies chroniques, en situation de précarité ou étant en milieu carcéral par exemple) il est fortement recommandé d'utiliser des doses supérieures à 1500 parties par million (ppm) (HAS, 2010).

Avant d'utiliser les produits fluorés par voie systémique il est nécessaire de réaliser un bilan fluoré (eau de boisson et sel fluoré consommés) afin de connaître les apports journaliers du patient. Il est réalisé par le médecin traitant ou le dentiste avant la délivrance par le pharmacien pour éviter un surdosage.

Les spécialités contenant moins de 1500 ppm de fluor sont considérées comme des produits cosmétiques, vendus en officine mais également en petite/moyenne et grande surfaces. Ceux contenant plus de 1500ppm en revanche seront réservés au circuit officinal et nécessiteront une autorisation de mise sur le marché.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif : Utilisation des produits de santé fluorés chez l'enfant.

(Source : ASNM, 2008)

	0-6 mois Nourrisson sans dent	6 mois – 3 ans Mise en place des dents temporaires – Autonomie, motricité de l'enfant en cours d'acquisition	3 – 6 ans Denture temporaire stable – Acquisition de l'autonomie / motricité de l'enfant	Après 6 ans Mise en place des dents permanentes
Enfant à faible risque carieux	Topique : sans objet Systémique : non fondé	Evaluation annuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré inférieur à 500 ppm réalisé par un adulte	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice à 1000 ppm peut être utilisé.</i>	Topique : Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm.
Enfant à risque carieux élevé	Topique : sans objet Systémique : non fondé	Evaluation biannuelle du risque carieux individuel par un odontologiste		
		Thérapeutiques topiques fluorées complémentaires (verniss, gels...) prescrites et/ou appliquées par un chirurgien- dentiste		
		Topique : Brossage au moins une fois par jour avec un dentifrice fluoré inférieur à 500 ppm réalisé par un adulte Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche ou gouttes, répartis en 2 prises, à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques confondus.	Topique : Brossage au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré à 500 ppm réalisé ou assisté par un adulte. <i>NB : Si l'enfant sait recracher et que le brossage est supervisé, un dentifrice à 1000 ppm peut être utilisé.</i> Systémique : Comprimés à faire fondre dans la bouche à une posologie de 0,05 mg de fluor/jour par kg de poids corporel, sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques confondus.	- Brossage trois fois par jour, après chaque repas, avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm. Un dentifrice plus forte teneur en fluor est possible à partir de 10 ans. - Possibilité d'utiliser un bain de bouche fluoré. - Comprimés : à faire fondre dans la bouche sans dépasser 1 mg/jour tous apports systémiques fluorés confondus.

En cas de nécrose pulpaire, le patient peut présenter une parodontite d'origine endodontique aiguë, il décrira alors une douleur spontanée, continue et exacerbée par le contact occlusal et la position allongée. Cette pathologie nécessite un nettoyage canalaire en urgence. Elle peut s'abcéder, on parle alors de parodontite d'origine endodontique aiguë abcédée (Lasfargues, 2010).

En présence d'abcès, le patient décrit une douleur spontanée, continue, très intense avec un contact occlusal intolérable. Il présente généralement une tuméfaction jugale.

Un drainage par voie endo canalaire doit alors être réalisé en urgence ainsi qu'une prescription d'antibiotiques (Pertot, 2009).

Le stade le plus grave de la pathologie pulpaire est la cellulite d'origine dentaire, le patient présentera une douleur spontanée très intense, une tuméfaction importante, une sensation de gêne, d'empâtement et de chaleur diffuse. On peut observer également la présence d'un trismus, et parfois une altération de l'état général.

Dans ces pathologies, le pharmacien demandera au patient de se rendre auprès des urgences dentaires les plus proches si le patient n'a pas pu obtenir de rendez-vous très rapidement auprès de son praticien traitant, et aux urgences médicales en cas d'altération de l'état général (difficultés pour s'alimenter ou pour respirer, fièvre élevée), ou en cas de trismus serré qui empêcherait l'administration d'antibiotiques par voie orale.

1.1.3. Les pathologies parodontales.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la gingivite concernerait 75 à 80% des personnes âgées de 35 à 45 ans et plus de 50% des adolescents. Elle représente la pathologie parodontale la plus fréquemment rencontrée (HAS, 2002 ; Papapanou et coll, 2018).

Elle est une inflammation gingivale due à une réaction immunitaire qui a pour but de ramener les cellules de défense immunitaire afin de lutter contre les bactéries de la plaque dentaire. Elle se manifeste généralement par les symptômes suivants :

- ✓ Des gencives de couleur rouge plus ou moins œdématisées.
- ✓ Des gingivorragies lors du brossage des dents, au contact, ou même de façon spontanée.
- ✓ Généralement, une halitose est associée, sans douleur.

Elle fait intervenir plusieurs facteurs : (Papapanou et coll, 2018)

- ✓ La flore bactérienne avec un déséquilibre en faveur des souches anaérobies Gram-.
- ✓ Une hygiène bucco-dentaire défailante avec une présence de plaque dentaire et de tartre.

Plusieurs facteurs de risque peuvent être retrouvés lors de l'interrogatoire par le pharmacien : (Wolf et coll, 2005)

- ✓ La fréquence qui augmente avec l'âge du patient.
- ✓ Les pathologies avec déficit immunitaire comme le diabète, le VIH, l'herpès et le zona.
- ✓ Dans le cas de leucémie, et certaines maladies hématologiques (purpura thrombopénique, leucopénie...), la gingivite peut être un premier signe annonciateur.
- ✓ Une respiration buccale qui favorisera la sècheresse de celle-ci.
- ✓ La grossesse et la ménopause. Le pharmacien devra se montrer rassurant auprès de la femme enceinte présentant une gingivite gravidique.
- ✓ L'éthylo-tabagisme et les toxicomanies.
- ✓ Le stress, les déficits en vitamine C et en calcium.
- ✓ La prise de certains médicaments comme les chimiothérapies anticancéreuses antimitotiques, les inhibiteurs calciques, la ciclosporine A, la phénytoïne et les antiépileptiques.
- ✓ Le niveau socio-économique bas dans les pays qui n'ont pas de programmes collectifs d'éducation et de motivation à l'hygiène buccodentaire.
- ✓ La présence de caries, les morphologies et les positions dentaires.
- ✓ Les traitements prothétiques non adaptés, les traitements orthodontiques.

Il est possible de rencontrer des gingivites en l'absence de plaque dentaire, lors de désordres génétiques/troubles du développement (fibromatose gingivale héréditaire), mais également lors de lésions traumatiques physiques ou mécaniques, brûlures chimiques, ou agression thermique. Elles se rencontrent également lors de certaines pathologies inflammatoires et immunitaires comme les pathologies auto-immunes de la peau et des muqueuses (lupus érythémateux, pemphigus vulgaire, lichen plan, pemphigoïde), l'hypersensibilité (allergie de contact, gingivite à plasmocytes, érythème polymorphe) et comme les lésions inflammatoires granulomateuses (maladie de Crohn, sarcoïdose) (Wolf et coll, 2005).

Le pharmacien s'intéressera à la fréquence des gingivorragies, ainsi qu'à leurs récurrences, pour déterminer le caractère urgent de la prise en charge. Mais celle-ci

passera avant tout par une amélioration de l'hygiène buccodentaire, via l'usage d'une brosse à dent souple, changée régulièrement. Un geste de brossage efficace, et un dentifrice non abrasif, l'utilisation de fil et/ou de brossettes interdentaires de diamètre adapté, ainsi que l'utilisation de révélateur de plaque dentaire.

Une visite chez le dentiste sera nécessaire pour la réalisation de soins, et éviter ainsi une évolution vers une parodontite.

Le pharmacien devra également expliquer et aider à l'arrêt du tabac et il incitera à une alimentation équilibrée, en évitant les grignotages.

Il pourra conseiller l'utilisation de : (Buxeraud, 2011 ; Dentino et coll, 2005)

- ✓ Dentifrices ou pâtes gingivales spécifique avec une action décongestionnante et anti inflammatoire.
- ✓ Dentifrice ou bain de bouche antiseptique pour une quinzaine de jours maximum, pour ne pas modifier la flore buccale et éviter les dysgueusie et colorations dentaires.
- ✓ Gel antalgique.

Un traitement homéopathie peut être proposé, avec :

- Belladonna 5CH trois granules, deux à trois fois par jour, à alterner avec Apis mellifica 7CH pour une gingivite enflée et d'apparition soudaine.
- Si une gingivorragie est présente, trois granules, trois fois par jour de Kreosotum 5CH ou Phosphorus 9CH, 2 granules 3 fois par jour peut être utilisé, de même que China rubra 9CH, 5 granules trois à quatre fois par jour.
- Mercurius corrosivus 5CH, 3 granules 3 fois par jour pendant 10 jours sera utilisé dans le cadre d'une parodontite agressive tandis que Pulsatilla 5CH sera utilisé pour le traitement des gingivites gravidiques à raison de trois granules trois fois par jour pendant deux ou trois semaines.
- L'utilisation de Pyrogenium 5CH, est recommandée chez le patient fébrile chez lequel on cherchera à augmenter l'immunité via la prise de trois granules, deux fois par jour pendant dix jours.
- Enfin, Radium bromatum 5CH sera préconisé chez le patient irradié avec une affection parodontale, à raison de cinq granules deux fois par jour pendant dix

à quinze jours (Hégo, 2002 ; Masson, 2003 ; Boukhobza, 2016 ; Baumann, 2018).

L'aromathérapie et de la phytothérapie sont également possibles :

- ✓ Contre les saignements : 5mL d'HE de Ciste ladanifère (vertus de coagulation et anti hémorragique puissantes) et 5mL d'HE d'arbre à thé dans un flacon teinté. Utilisation d'1 goutte du mélange en massages gingivaux après le brossage des dents, ou 1 goutte sur le dentifrice.
- ✓ De l'HE de clou de girofle, une goutte deux fois par jour.
- ✓ Contre l'inflammation et les gingivorragies : 0.5mL d'HE de lavande vraie (cicatrisante) mélangée avec 0.3mL d'HE d'eucalyptus citronné (anti-inflammatoires et antalgiques), 0.1mL d'HE de menthe poivrée (anesthésiant local et antalgique), d'HE d'immortelle (résorption de l'œdème) et d'HE de laurier noble. On ajoutera de l'huile végétale de millepertuis (antalgiques et anti-inflammatoires) jusqu'à obtenir 10mL de mélange. À faire dans un flacon teinté, et utiliser en massages gingivaux deux fois par jour.
- ✓ En bain de bouche : une décoction de guimauve 50 g de racines pour 1L d'eau. Une décoction de menthe : 10 pincées de feuilles de menthe pour 1L d'eau. Une décoction de 50g de sommités de millepertuis pour 1L d'eau. Ou encore une décoction d'une poignée de feuille et fleurs de sauge dans 1L d'eau. (Lamendin et coll, 2002 ; Montain, 2002 ; Festy, 2008).

En cas de carence en vitamine C le pharmacien peut conseiller un apport de 1g par jour pendant un mois. Un complément alimentaire à base de *Lactobacillus paracasei* peut également être proposé pour aider à la lutte contre les bactéries pathogènes (Pahumunto et coll, 2019).

Sans prise en charge de la gingivite, celle-ci pourra évoluer en parodontite (Boschin et coll, 2004), qui nécessite une prise en charge par un dentiste. En effet, en l'absence d'hygiène satisfaisante, le biofilm va évoluer et acquérir des bactéries parodontopathogènes Gram- anaérobies. La parodontite se caractérise par une inflammation du parodonte superficiel et profond. Il y a alors approfondissement de la poche parodontale, une migration de l'attache épithéliale, la destruction du ligament alvéolo dentaire et de l'os alvéolaire.

On a donc l'apparition de nouveaux signes cliniques : une récession gingivale et la formation de poches. Des douleurs peuvent apparaître notamment à la mastication. Une mobilité dentaire peut également apparaître. Si aucune thérapeutique n'est entreprise, la maladie évoluera jusqu'à la perte progressive des dents (Ouhayoun, 2011).

Il existe plusieurs catégories de parodontites selon le stade, l'étendue et le grade d'évolution (Papapanou et coll, 2018).

Le pharmacien peut rencontrer d'autres pathologies qui dépassent les limites du conseil en officine :

- ✓ Des abcès parodontaux : secondaires ou non à une parodontite.
- ✓ Des gingivites ou parodontites nécrosantes : ces pathologies montrent une destruction des papilles, des saignements/ulcérations et la présence d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux (dû à la nécrose), une halitose et des douleurs spontanées très vives. Une perte d'attache et une perte osseuse permettra de faire la distinction entre les deux pathologies. Une antibiothérapie est nécessaire par métronidazole. Une numération formule sanguine et une sérologie VIH seront réalisées pour rechercher la cause de la faiblesse immunitaire qui a entraîné ces pathologies.

Dans tous les cas, la prise en charge des pathologies parodontales se fait au cabinet dentaire, en plusieurs séances, et nécessitera de la maintenance. La parodontite est une pathologie qui, si elle n'est pas stabilisée, aura pour conséquences des pertes osseuses irréversibles (Ouhayoun, 2011). Ainsi le pharmacien insistera auprès du patient pour que celui-ci prenne un rendez-vous rapidement, qu'il soit observant sur ses rendez-vous de contrôle mais surtout sur le maintien d'une hygiène bucco-dentaire irréprochable.

Il est important de signaler que les poches parodontales sont des réservoirs de germes pathogènes et donc des foyers infectieux qui peuvent nuire gravement à la santé d'un patient présentant une pathologie systémique.

1.1.4. Les poussées dentaires chez le nourrisson

Le processus d'éruption des dents lactéales commence généralement vers l'âge de six mois avec l'apparition d'une incisive centrale mandibulaire. Il va durer jusqu'à la phase de denture temporaire stable vers l'âge de 3 ans.

Ces poussées dentaires seront caractérisées par (Bonnot et Pillon, 2012) :

- ✓ Des pleurs.
- ✓ Une hyperthermie modérée (<38.5°C).
- ✓ Un gonflement des gencives, une hypersalivation et des pommettes rouges.
- ✓ Des selles acides ramollies voir diarrhéiques associées ou non à un érythème fessier.
- ✓ Le besoin de mordre, et un changement de comportement, l'enfant est irritable et aura des difficultés d'endormissement.
- ✓ Un manque d'appétit.

La plupart du temps le traitement est purement symptomatique (Bonnot et Pillon, 2012). Le pharmacien sera en première ligne pour répondre aux questions des parents et proposer des gestes et des thérapeutiques adaptées : (AMELI, 2019)

- ✓ Réconforter l'enfant.
- ✓ Frotter ses gencives doucement avec un doigt parfaitement lavé, ou bien avec un linge propre et humide.
- ✓ Pour prévenir les irritations dues à la salive, il faut régulièrement essuyer le visage de l'enfant avec un linge propre.
- ✓ Proposer à l'enfant un anneau de dentition (homologué, conforme aux normes en vigueur) réfrigéré mais non passé au congélateur.
- ✓ En fonction de l'âge et de la diversification alimentaire il est possible de proposer des plats froids (compotes ou yaourts par exemple).
- ✓ Il conviendra également de traiter l'érythème fessier, et d'éviter la déshydratation en cas de diarrhée importante.

Si toutefois ces mesures ne suffisent pas, le pharmacien proposera :

- ✓ Du paracétamol pour son action antalgique et antipyrétique.

- ✓ Des gels gingivaux ou solutions gingivales non anesthésiants aux extraits de plante qui seront calmants, adoucissants, décongestionnants ou émoullissants en fonction des plantes utilisées (Ferey, 2014).

Il conviendra d'informer les parents sur la nécessité d'éviter :

- ✓ Les gels anesthésiants en raison du risque de fausse route si l'enfant vient à l'avaler. Ces produits présentent par ailleurs un risque d'allergie.
- ✓ L'administration d'ibuprofène, qui sera dangereux si l'enfant présente une déshydratation due à la diarrhée, ou en cas de varicelle.
- ✓ Bien que ces méthodes puissent être conseillées par l'entourage (« remède de grand-mère ») : Ne pas placer d'aspirine sur ses gencives, en raison du risque de syndrome de Reye (Chornomydz, 2017). Ne pas frotter la gencive avec du bain de bouche ou de l'alcool. (ANSM, 2019).
- ✓ De percer la gencive de l'enfant en raison du risque d'infection et de blessures.
- ✓ Évitez d'utiliser un collier de dentition en raison du risque d'étranglement (Soudek, 2017).

L'utilisation d'homéopathie, de phytothérapie et d'aromathérapie est également envisageable : (Poncet, 2002 ; Masson, 2003 ; Boiron et coll, 2011 ; Baumann, 2018)

- ✓ Solution buvable unidose de Camilia ®. Elle comprend en quantités équivalentes Chamomilla vulgaris 9CH, Phytolacca decandra 5CH, Rheum officinal 5CH. À raison d'une unidose trois à six fois par jour, pendant trois à huit jours.
- ✓ Granules de Chamomilla 9CH, par dilution de trois à cinq granules dans de l'eau trois à cinq fois par jour.
- ✓ Calcarea carbonica, une dose diluée dans de l'eau en 9 CH puis, quinze jours plus tard, une dose en 15 CH.
- ✓ Dilution de cinq granules de Belladonna 7CH ou 9CH trois à quatre fois par jour, pour une poussée dentaire avec des gencives gonflées, rouges, douloureuses avec fièvre.
- ✓ Rheum officinalis 4CH ou 5CH, cinq granules dans de l'eau après chaque selle liquide, pour les poussées avec des troubles intestinaux et des diarrhées.
- ✓ Mercurius solubilis 15CH, cinq granules dilués dans de l'eau deux à trois fois par jour, en cas d'hypersalivation.

- ✓ Medorrhinum 7CH pour l'érythème fessier, deux doses diluées dans de l'eau tous les trois jours.
- ✓ Gel de massage gingival composé d'extraits de camomille et de guimauve : Pansoral® premières dents.

Il conviendra de prévenir les parents du risque cariogène des granules homéopathiques. Un rinçage buccal à l'eau est nécessaire après l'administration, on évitera également l'administration juste avant le coucher.

En aromathérapie, il sera possible de proposer un complexe d'huiles essentielles de Camomille romaine, de Guimauve et de Safran aux propriétés anti-inflammatoires, et antalgiques. Ces complexes peuvent être appliqués directement sur les gencives de l'enfant pour apaiser la douleur du fait de leur faible dosage (Lamendin et coll, 2002 ; Montain, 2002 ; Festy, 2008).

Une adénopathie, une fièvre persistante plus de 48 heures ou supérieure à 39°C associée ou non à des signes extra-buccaux ou une diarrhée importante vont constituer la limite au conseil officinal et impliquer une consultation rapide chez le médecin/pédiatre qui suit l'enfant.

1.2. Les lésions et traumatismes buccaux.

1.2.1. Les aphtes.

Les aphtes sont des ulcérations douloureuses de la muqueuse fréquemment rencontrées en officine. Il s'agit d'une affection ni infectieuse, ni contagieuse. Ils sont de taille variable de deux à dix mm de diamètre, de forme arrondie/ovale à bord régulier, entourés d'un halo érythémateux inflammatoire rouge vif. Leur localisation peut être unique ou multiple mais ils se retrouvent préférentiellement au niveau de la lèvre inférieure, des joues et de la pointe de la langue (Vaillant et Parent, 2007 ; Piette et Coulon, 2008).

L'évolution se fait en 4 étapes : prodromiques, pré-ulcération, ulcérée et cicatricielle (Ourad et coll, 2013).

Il s'agit d'une pathologie douloureuse qui peut entraîner une gêne à la mastication voire à la déglutition selon la localisation.

Il existe 3 familles d'aphtes : (Vaillant et Parent, 2007)

- ✓ L'aphte vulgaire : Le plus courant, il s'agit d'une simple ulcération occasionnée principalement par une blessure ou par des aliments aphtogènes.
- ✓ L'aphtose : Il s'agit d'un ensemble d'aphtes évoluant par poussées, et récidivant au moins deux fois par an, touchant surtout les femmes. Dans les aphtoses, on retrouve :
 - Les aphtes communs (75 à 85 % des cas) : présence d'une à trois ulcérations superficielles. De petite taille <10mm et dont l'évolution spontanée se fera en sept/dix jours sans cicatrice.
 - Les aphtes géants (10 à 15 % des cas) : Présence d'une à trois ulcérations superficielles de taille > 10mm. L'évolution des lésions est lente (jusqu'à plusieurs mois), et peut laisser des cicatrices mutilantes.
 - Les aphtes miliaires (5 à 10 % des cas) : présence d'une multitude d'ulcérations à évolution identiques aux aphtes vulgaires.
- ✓ La maladie de Behçet : qui est une maladie systémique grave avec des atteintes inflammatoires des muqueuses qui se retrouve préférentiellement chez les patients venant de Turquie, d'Afrique du Nord ou du Japon. Le patient atteint présente des aphtes buccaux et des ulcérations des organes génitaux, une inflammation oculaire et des lésions cutanées ainsi que des douleurs articulaires et des lésions vasculaires. Elle est invalidante et nécessitera une prise en charge multidisciplinaire (Piette et Coulon, 2008).

Le pharmacien s'efforcera de découvrir les causes de ces lésions pour proposer un conseil adapté :

- ✓ Prothèse amovible récente, instable, mal adaptée, les para-fonctions traumatiques.
- ✓ La consommation d'aliments dits histamino-libérateurs par exemple le gruyère, la noix, la noisette, le chocolat, les fruits acides : l'abricot, la fraise, l'ananas, la framboise, la pêche, le citron, les épices, les crustacés, les fruits secs, les sauces et aliments vinaigrés, le café, l'alcool etc.
- ✓ Cycle menstruel : augmentation en phase lutéale, diminution lors des grossesses ou sous contraceptif orale.
- ✓ Stress/anxiété, dépression et fatigue par diminution des défenses immunitaires et parfois l'association d'un tic de mordillement (Zadik et coll, 2012).

- ✓ La prise de certains médicaments : l'acide niflumique ou des sels d'or pour le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde, la D-pénicillamine, l'azathioprine, la phénindione, la quiétapine, l'olanzapine, le phénobarbital, le piroxicam, le sulpiride, le méthotrexate, le captopril, nicorandil, enalapril et le losartan en traitement d'une pathologie cardiaque, l'hypochlorite de sodium, les biphosphonates ainsi que la chimiothérapie (et la radiothérapie). Le diagnostic de certitude ne sera confirmé que par l'amélioration de la situation lors de l'arrêt de la substance incriminée. Si le pharmacien a accès au dossier médical partagé du patient, il pourra avoir accès aux traitements prescrits et ainsi déterminer si un médicament est en cause (Boulinguez et coll, 2000).
- ✓ Carences alimentaires et vitaminiques : En cas de maladie cœliaque, ou de chirurgie bariatrique.
- ✓ Les dentifrices contenant du lauryl sulfate de sodium qui vont irriter les muqueuses sont aussi incriminés (Herlofson et coll, 1994).
- ✓ Présence d'un facteur héréditaire via l'antigène *Human Leukocyte Antigen* (HLA) qui prédisposerait aux aphtoses.

À l'officine, c'est la prise en charge d'aphtes simples, uniques et de taille < 1cm sans récurrence (plus de quatre fois par an), sans signes cliniques généraux associés qui sera envisageable. En effet il conviendra d'orienter le patient vers son dentiste ou son médecin dans les autres cas de figure. Le pharmacien se renseignera donc sur le caractère récidivant, et l'évolution de la lésion. Il prodiguera une information sur l'hygiène bucco-dentaire (brossage au moins deux fois par jour, brosse à dent souple changée tous les trois mois maximum, dentifrice non abrasif et utilisation de brossettes ou fil interdentaire), sur les aliments et les habitudes aphtogènes. De plus il faudra rappeler au patient l'importance de bien se laver les mains avant d'appliquer les gels gingivaux (Ferey, 2014).

Il proposera :

- ✓ Un gel gingival (avec une action antiseptique, anti-inflammatoire, et anesthésique local).
- ✓ Du bain de bouche antiseptique (durée maximum de 15 jours) ou de l'eau bicarbonatée.

- ✓ Des comprimés ou pastilles à sucer qui auront des actions antiseptiques, anesthésiques et/ou cicatrisantes.
- ✓ Des produits filmogènes qui présenteront un effet protecteur.
- ✓ Les collutoires : initialement prévus pour traiter le mal de gorge, ils ont des propriétés antiseptiques et antalgiques.
- ✓ Des probiotiques afin de renforcer le système immunitaire, des compléments vitaminés en cas de carence.
- ✓ Des bains de bouche ou gel à base acide hyaluronique : Hyalugel® ou Bloxaphte® par exemple (Nolan et coll, 2006).

Les traitements à base d'aromathérapie à conseiller sont : (Montain, 2002 ; Lamendin et coll, 2002 ; Festy, 2008)

- ✓ L'huile essentielle de Laurier noble (antalgique et anti-infectieux). Une goutte pure directement sur l'aphte à l'aide d'un coton-tige 2 à 3 fois par jour.
- ✓ L'huile essentielle d'arbre à thé qui est antiseptique.
- ✓ Un mélange d'1 goutte d'huile essentielle de Giroflier, 1 goutte de Laurier noble 1 goutte de Cajeput 1 goutte et 3 gouttes d'huile végétale de Calendula à appliquer trois ou quatre fois par jour.
- ✓ Un mélange d'1 goutte d'huile essentielle de Giroflier, 1 goutte d'huile essentielle de Laurier noble, 1 goutte d'huile essentielle de Lavande aspic et de 3 gouttes d'huile végétale de Calendula, tout ceci dans un demi verre d'eau froide. Ce mélange sera utilisé en bain de bouche en dehors des repas. Trois fois par jour.

Certaines plantes utilisées en aromathérapie peuvent également l'être en phytothérapie. On les fera pour cela infuser et le liquide obtenu sera utilisé en bain de bouche. C'est le cas de la lavande vraie et de la sauge officinale.

Les traitements à base d'homéopathie : (Quemoun, 2012 ; Boukhobza, 2016)

- ✓ Deux granules de Borax 5CH trois fois par jour.
- ✓ Homéoafyl ® (Borax 5 CH, Kalium bichromicum 5 CH, Sulfuricum acidum 5 CH). Un comprimé à sucer jusqu'à cinq fois par jour.
- ✓ Teinture mère de Phytolacca associée à la teinture mère de Calendula à hauteur de 50/50. Ce mélange présente des actions antalgiques, cicatrisantes

et antibactériennes. Il sera utilisé en bain de bouche en mélangeant une cuillère à café de la préparation avec un demi verre d'eau.

1.2.2. Les mycoses buccales à *Candida albicans*

Candida albicans est une levure saprophyte de la cavité buccale également présente au niveau du tube digestif et de la peau. La candidose se retrouve préférentiellement chez le nourrisson et la personne âgée, il s'agit d'une mycose superficielle muqueuse ou cutanée. Chez la personne âgée, le système immunitaire tendra à être moins performant, et le port de prothèse dentaire est fréquent, tandis que chez le nouveau-né, c'est le développement encore incomplet de la flore buccale, ainsi que l'immaturation du système immunitaire qui explique la prévalence de cette affection (Saint-Jean et coll, 2010 ; Laurent et coll, 2011).

De nombreux facteurs vont favoriser l'apparition d'une candidose : (Singh et coll, 2014)

- ✓ L'hyposialie (et donc toutes les pathologies qui vont l'entraîner).
- ✓ Une mauvaise hygiène buccodentaire et une alimentation sucrée.
- ✓ Le facteur traumatique, par altération de la muqueuse buccale. C'est le cas lors de blessures consécutives au port d'une prothèse amovible ou d'un appareil orthodontique.
- ✓ La prise de certains médicaments qui entraîneront une modification de la flore microbienne : Antibiotiques, antiseptiques buccaux etc.
Mais également les médicaments responsables d'une baisse des défenses immunitaires (corticoïdes, immunosuppresseurs, chimiothérapie etc.) et ceux responsables d'une hyposialie (anticholinergiques neuroleptiques et antidépresseurs).
- ✓ Le diabète, le VIH, les pathologies tumorales, les hémopathies malignes
- ✓ La dénutrition.
- ✓ La grossesse.

Le patient pourra se plaindre de douleurs, d'une dysphagie, et d'un goût métallique dans la bouche.

Le pharmacien pour rencontrer trois formes cliniques : (Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie ANOFEL, 2014)

- ✓ Pseudomembraneuse ou muguet (la plus classique) : les lésions sont blanches-jaunâtre, en placards ou confluentes, adhérentes aux muqueuses. On les retrouve sur la langue, les gencives et le palais. Une xérostomie et une sensation de cuisson pourront être associées.
- ✓ Erythémateuse atrophique : les lésions sont sur le palais et dos de la langue. La muqueuse est rouge, luisante et la langue dépapillée. C'est la forme souvent retrouvée chez les patients séropositifs au VIH et les porteurs de prothèse dentaire.
- ✓ Candidose hyperplasique ou pseudo tumorale. On la trouve au niveau de la muqueuse jugale et de la langue sous la forme de plaques jaunâtre. C'est la forme retrouvée chez les patients tabagiques, la transformation maligne sera à surveiller.

Une perlèche ou une chéilite accompagnent souvent ces candidoses oropharyngées. C'est une inflammation de la commissure labiale érythémateuse, squameuse ou croûteuse souvent bilatérale qui sera entretenue par un tic de léchage.

Il est important pour le pharmacien de diriger les patients présentant une candidose buccale qui ne guérit pas spontanément vers leurs médecin généraliste ou dentiste afin qu'ils recherchent l'étiologie, adaptent les traitements existants, et si besoin établissent une prescription d'antifongique.

La prévention faite par le pharmacien lors de la délivrance de certains traitements favorisant les candidoses sera primordiale. Après la prise d'un corticoïde inhalé, en traitement de l'asthme par exemple, le patient devra se rincer la bouche ou se brosser les dents. La prise d'antibiotiques ou l'utilisation de bains de bouches et de dentifrices antiseptiques vont provoquer un déséquilibre de la flore. Le pharmacien proposera l'utilisation de prébiotiques et/ou probiotiques pour réensemencer la flore digestive et buccale, et informera le patient quant à la durée maximale d'utilisation des traitements antiseptiques buccaux (Hu et coll, 2018).

Il conviendra d'informer le patient de la nécessité d'avoir une hygiène buccodentaire irréprochable, une alimentation peu sucrée, d'éviter la consommation d'alcool et de produits laitiers. Le nettoyage rigoureux des prothèses dentaires sera indispensable.

Des rinçages de la cavité buccale avec l'eau bicarbonatée va faire baisser le pH buccal et ainsi empêcher le développement des levures (Shao et coll, 2019).

Une crème hydratante, protectrice et antibactérienne sera conseillée pour traiter une perlèche qui pourrait être associée.

L'aromathérapie et l'homéopathie pourront être proposées : (Festy, 2008 ; Lamendin et coll, 2002)

- ✓ De l'HE d'arbre à thé (propriété antimycosique) sur le doigt propre ou sur un coton-tige pourra être appliquée au niveau des lésions trois à cinq fois par jour jusqu'à guérison.
- ✓ De l'HE de Citronnelle de Java (antifongique et antiseptique) deux gouttes dans six gouttes d'huile d'olive à appliquer localement à l'aide d'un coton-tige trois fois par jour.
- ✓ Six gouttes d'HE de Laurier noble (antifongique) à diluer dans un verre d'eau tiède à faire en bain de bouche jusqu'à cinq fois par jour.
- ✓ L'association de trois granules, trois fois par jour de *Monilia albicans* 9 CH, *Mercurius solubilis* 9 CH et *Sepia officinalis* 9 CH.

1.2.3. L'herpès.

L'herpès buccal est une infection virale, due le plus souvent au herpès simplex virus (HSV) de type 1, qui va évoluer de façon récurrente.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, en 2012 dans le monde 67% des personnes de moins de 50 ans sont infectées par le HSV-1 (OMS, 2017).

Les stimuli sont de différentes origines et variables d'une personne à l'autre : (Laurent, 2005 ; Fatahzadeh et Schwartz, 2007)

- ✓ Déficits immunitaires : l'herpès sera très fréquent et persistant.
- ✓ Facteurs psychiques : Stress émotionnel, angoisse, dépression et fatigue.
- ✓ Facteurs et traumatismes physiques : Exposition aux UV, piqûres et injections locales, soins et chirurgies buccales/dentaires, irradiations, froid, opération chirurgicale.

- ✓ Facteur génétique.
- ✓ Facteurs hormonaux : herpès cataménial.
- ✓ Infections aiguës : Virales, bactériennes ou parasitaires.

La contagiosité commence avant l'apparition de la lésion et dure jusqu'à guérison complète de la peau et des muqueuses. Les mesures de prévention sont donc difficiles à mettre en place. Il est nécessaire que le pharmacien informe le patient de l'importance de connaître les signes annonciateurs.

La primo-infection : La plupart des enfants seront asymptomatiques, mais une gingivostomatite aigüe peut également apparaître dans un contexte de malaise général avec une hyperthermie parfois importante pouvant dépasser 39°C et accompagnée d'algies, de dysphagie ainsi que d'hyper sialorrhée et d'halitose. La gingivostomatite herpétique aigüe à HSV1 survient généralement chez l'enfant à partir de 6 mois après la disparition des anticorps maternels. La période d'incubation est de 3 à 6 jours. Des adénopathies sous maxillaires douloureuses peuvent également être présentes. L'alimentation devient difficile et le risque de déshydratation est important (Kolokotronis et Dumas, 2006).

L'enfant va présenter des éruptions vésiculeuses qui vont rapidement se rompre, en laissant place à des lésions ulcéreuses et douloureuses bucco-gingivales au niveau des muqueuses buccales (langue, gencives, et palais surtout) et sur les lèvres. Ces lésions vont se recouvrir d'une membrane grisâtre avant leur cicatrisation. C'est une affection qui peut paraître impressionnante pour les parents, mais son évolution est favorable spontanément en dix à quinze jours. Le pharmacien confronté à cette pathologie encouragera les parents à se rendre chez le médecin traitant de l'enfant, afin d'établir un diagnostic (possibilité de confondre avec d'autres affections comme les aphtes, le pied-main-bouche ou la varicelle/zona par exemple) et d'évaluer la nécessité de mettre en place un traitement antiviral.

Il incitera les parents à se montrer très vigilants si l'enfant refuse de s'alimenter ou de boire. Une information sur le caractère transmissible doit être donnée aux parents, il est conseillé d'éviter de mettre l'enfant en collectivité au cours de cette pathologie. Il est primordial d'éviter le contact avec un autre enfant atopique afin d'éviter un syndrome de Kaposi-Juliusberg. De même il faudra rappeler aux parents de ne surtout pas donner d'anti-inflammatoires.

La réactivation : Seules 30 % des primo-infections se transformeront en herpès récurrent. On parle d'affection récurrente lorsqu'il y a réactivation du HSV1 après plusieurs années de latence. La symptomatologie reste identique à la primo-infection mais plus atténuée, voir absente (Laurent, 2005).

Les lésions seront alors plus généralement localisées sur le bord externe de la lèvre. Les signes prodromiques sont : une sensation de picotements ou de brûlure, un prurit avec ou sans sensation d'engourdissement (Fatahzadeh et Schwartz, 2010 ; Crimi et coll, 2019).

Il apparaît ensuite des petites vésicules de 1 à 2 mm en nombre variable et en bouquets. Ces vésicules vont se troubler, se rompre, puis se dessécher et se recouvrir d'une croûte en deux jours environ. Une adénopathie sous maxillaire peut être associée. L'herpès récurrent présente en principe une guérison en huit à quinze jours sans séquelles.

Le prise en charge d'un herpès simple, « bouton de fièvre » (moins de 6 récurrences annuelles, qui ne s'étend pas au-delà des lèvres, et sans symptômes associés (fatigue excessive, hyperthermie, douleur intense, saignements), pourra être faite par le pharmacien.

Il n'y a pas de traitement curatif pour l'herpès labial, seul un traitement symptomatique sera possible, pour diminuer la douleur, désinfecter et permettre une cicatrisation rapide.

Le conseil à l'officine portera sur (Bontemps, 2019) :

- ✓ Les recommandations d'hygiène pour éviter une propagation et une surinfection : se laver les mains minutieusement, ne pas gratter les lésions, ne pas les recouvrir de maquillage, ne pas partager les affaires de toilettes, éviter le contact avec les enfants ou les personnes avec un système immunitaire affaibli, et ne pas s'exposer au soleil.
- ✓ L'utilisation d'un antiseptique local, jusqu'à deux fois par jour pendant cinq jours.
- ✓ L'utilisation d'antiviraux locaux sous forme de crème à appliquer le plus rapidement possible, avant l'apparition des lésions. La crème s'utilise en couche épaisse cinq fois par jour pendant cinq jours.

- ✓ L'utilisation d'un produit cicatrisant en baume qui apaisera la sensation de brûlure ou en patch qui permettra également d'isoler la lésion et donc de limiter la propagation et la transmission.
- ✓ Des compléments alimentaire ou probiotiques pour renforcer le système immunitaire.

De l'homéopathie, phytothérapie et aromathérapie pourront également être proposé : (Hégo, 2002 ; Montain, 2002 ; Boiron et coll, 2011 Baumann, 2018)

- ✓ En homéopathie :
 - Vaccinotoxinum 9CH en association avec Apis mellifica 15CH à raison de cinq granules toutes les trente minutes pendant deux heures dès la phase prodromique.
 - Rhus toxicodendron, trois granules quatre fois par jour lors de l'apparition des vésicules pour limiter le prurit.
 - Dès l'apparition des croûtes, Mezereum 7CH à raison de trois granules quatre fois par jour pourra être associé.
 - Localement, pour apaiser la douleur, quelques gouttes de teinture mère de Calendula officinalis pourront être appliquées.
 - Pour éviter les récurrences, on utilisera Vaccinotoxinum 30CH tous les quinze jours pendant deux mois, puis une dose par mois pendant six mois, puis une dose quatre fois par an.
- ✓ En phytothérapie : Les comprimés de Cyprès/Echinacée permettent de renforcer l'immunité à raison de deux comprimés par jour, quatre jours par semaine pendant 1 mois.
- ✓ En aromathérapie : L'huile essentielle de Niaouli ou celle d'arbre à thé peuvent être utilisées sur la lésion à l'aide d'un coton tige, quatre à cinq fois par jour jusqu'à la disparition des croûtes. Ces huiles ont des propriétés antiseptiques, antivirales, et cicatrisantes (Festy, 2008).

1.2.4. Les traumatismes buccaux et dentaires.

- ✓ Les traumatismes maxillo-faciaux ou dentaires :

Le pharmacien sera rarement le premier professionnel consulté lors d'un traumatisme dentaire, mais il est possible qu'en l'attente du rendez-vous chez le dentiste, les patients viennent demander conseil.

Il peut s'agir de fractures à différents niveaux de la dent, de luxations dentaires, voire d'expulsion. Celle-ci constitue une urgence véritable pour laquelle l'intervention immédiate (moins d'une heure) est primordiale afin d'obtenir un pronostic favorable. De même les fractures dentaires intéressant la pulpe sont un motif de consultation dans les plus brefs délais. En cas d'expulsion de dent lactéale, le pharmacien informera les parents qu'il n'est pas possible de réimplanter la dent.

Si la dent n'est pas retrouvée, une visite chez le dentiste permettra de vérifier qu'il ne s'agit pas juste d'une fracture ou d'une impaction totale de la dent.

Les gestes à réaliser doivent être rappelés au patient. En effet, malgré les campagnes de sensibilisation, le grand public, les professionnels de la petite enfance et les sportifs sont nombreux à les méconnaître (Emerich et Kaczmarek, 2010).

L'Association Internationale de Traumatologie Dentaire (IADT) a publié en 2007 un article à propos de la conduite à tenir face à une expulsion traumatique de dent permanente. Une mise à jour a été effectuée en 2012 (DiAngelis et coll, 2012) :

- Il conviendra de chercher la dent ou le morceau de dent expulsé.
- Il ne faut pas toucher la dent au niveau de la racine.
- Si la dent est retrouvée rapidement et qu'elle n'est pas souillée, après un bref rinçage dans du sérum physiologique ou à l'eau claire, il sera possible de la réimplanter soi-même. Il conviendra ensuite de mordre sur un mouchoir pour la maintenir en place avant de venir consulter son dentiste.
- Si le patient n'ose pas procéder à la réimplantation, s'il est blessé ou inconscient, la conservation se fera idéalement dans la salive du patient (directement en bouche si possible), dans du lait stérilisé à ultra haute température ou dans du sérum physiologique stérile, en attendant l'arrivée chez le dentiste.
- Il est cependant à noter qu'il existe des contre-indications à la réimplantation, c'est le cas chez les patients présentant un risque infectieux, immunodéprimés, en cas de grosse fracture osseuse et si la dent est délabrée (carie ou fracture).

Le pharmacien pourra rassurer le patient, et conseiller l'usage d'un antiseptique local pour nettoyer les plaies des tissus mous. Une brosse à dent ultra souple de type chirurgicale sera proposée (Naulin-ifi, 2005).

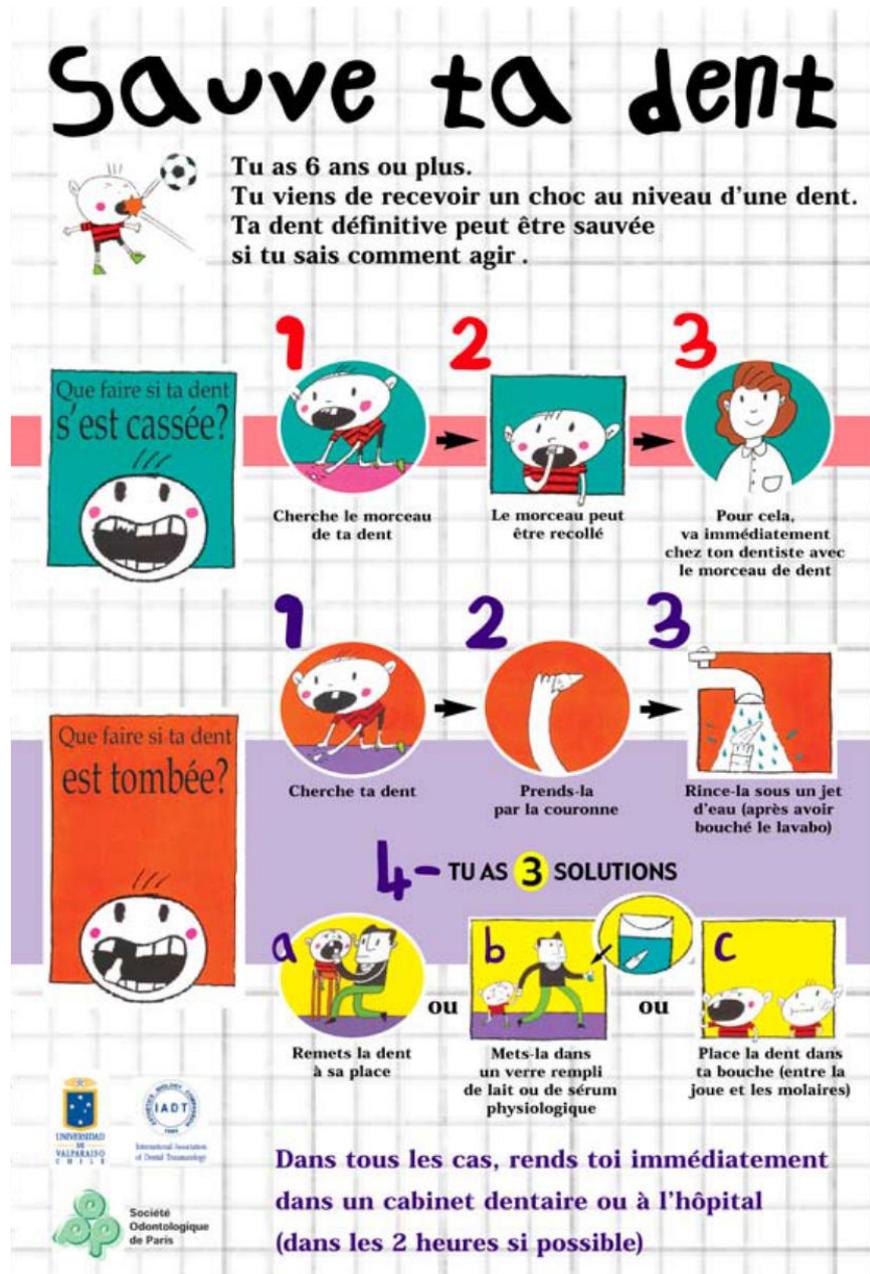


Figure 2 : Affiche « Sauve ta dent » par l'Association Internationale de Traumatologie Dentaire à l'université de Valparaiso. Traduction effectuée par le Dr Cecilia Bourguignon (Source : Emerich et Kaczmarek, 2010).

Même sans fracture ou déplacement dentaire, lors de traumatismes maxillo-faciaux, une visite médicale sera justifiée, afin de vérifier l'absence de corps étranger, de fracture osseuse, et de réaliser des points de sutures si nécessaires.

Lors du rendez-vous chez le dentiste, un certificat médical initial sera remis au patient, dans lequel le praticien décrira les lésions et émettra des réserves sur le devenir des dents traumatisées afin que le patient puisse faire valoir ses droits. Le praticien vérifiera également si une vaccination antitétanique est nécessaire.

Si le traumatisme est lié à une pratique sportive, le pharmacien donnera des conseils sur les moyens préventifs (ex. protège-dents, casque...) existants.

✓ Les blessures buccales :

Le pharmacien conseillera l'utilisation d'un bain de bouche antiseptique durant deux ou trois jours afin d'éviter une surinfection. En cas de saignement, il conseillera l'utilisation de compresses stériles en compression durant quelques minutes (Bontemps, 2019).

Chez le patient porteur d'un appareil orthodontique, il est possible de se retrouver face à de petites plaies dans la bouche ou des aphtes. Des douleurs dues aux forces exercées sur les dents et les gencives entraîneront parfois une gêne à la mastication.

Le conseil du pharmacien s'orientera vers l'utilisation de cire orthodontique qui sera à appliquer une à plusieurs fois par jour sur les éléments incriminés afin de stopper le phénomène traumatique au niveau de la muqueuse buccale.

L'hygiène bucco-dentaire sera rendue plus délicate du fait de l'appareil, on aura également une augmentation des sites de rétention de plaque dentaire, les règles de brossage seront donc rappelées. L'utilisation d'un dentifrice fluoré est essentielle, éventuellement complétée par un bain de bouche fluoré. L'usage de brossettes interdentaires sera indispensable pour compléter le brossage.

Un gel à l'acide hyaluronique permettra une meilleure cicatrisation des lésions et irritations dues au traitement orthodontique.

L'utilisation régulière de révélateur de plaque dentaire permet généralement une amélioration du brossage.

Il sera rappelé au patient, surtout s'il s'agit d'un adolescent, de limiter les habitudes alimentaires cariogènes en évitant le grignotage, la consommation d'aliments sucrés et acides, surtout s'ils sont collants, et qui risqueraient de rester accrochés à l'appareil.

1.2.5. Les affections suite aux soins dentaires.

Le pharmacien pourra rencontrer :

- ✓ Des douleurs.
- ✓ Des petites plaies buccales.
- ✓ Des morsures dues à l'anesthésie.
- ✓ Des saignements.
- ✓ La présence d'un œdème.

Sans autre signe de gravité : fièvre, douleur ne cédant pas aux antalgiques, nausée ou vomissements, saignement continu ou œdème important, la prise en charge en officine est possible.

Dans un premier temps, les conseils concerneront l'hygiène bucco-dentaire (brosse souple, avec une technique de brossage efficace, utilisation de brossettes interdentaires). Puis dans un second temps, ils porteront sur l'alimentation et l'usage du tabac et de l'alcool.

En cas d'extraction le pharmacien rappellera au patient de ne pas passer sa langue au niveau du site d'extraction et de ne pas le toucher avec les doigts.

Il pourra proposer un bain de bouche antiseptique pour les plaies et les morsures, en s'assurant que le patient n'ait pas eu d'avulsion dentaire dans les 48h qui précèdent. Un gel à l'acide hyaluronique permettra une cicatrisation plus rapide.

En cas de saignement, il proposera des compresses stériles sur lesquels le patient viendra mordre pour effectuer une compression et recommandera au patient de ne pas cracher.

Une poche de glace pourra être utilisée en regard de l'œdème pendant une durée de dix minutes, à renouveler si besoin, en étant isolée de la peau par un tissu pour éviter les brûlures dues au froid.

En homéopathie, le pharmacien proposera :

- ✓ Arnica montana 9CH, pour réduire l'œdème, à raison de cinq granules toutes les heures le premier jour, puis trois granules par jour durant les jours suivants.

- ✓ China rubra 5 CH permettra de réduire les saignements, cinq granules toutes les trente minutes jusqu'à l'arrêt des saignements.
- ✓ Hypericum perforatum 15CH sera utilisé après une extraction avec des douleurs lancinantes à raison de cinq granules toutes les heures le premier jour, puis trois à six granules par jour durant les jours suivants (Masson, 2003 ; Boukhobza, 2016)

1.3. L'hygiène bucco-dentaire et l'halitose.

1.3.1. Le nettoyage bucco-dentaire.

Lorsqu'il constate une pathologie pouvant être liée au manque d'hygiène bucco-dentaire, le conseil du pharmacien s'orientera vers l'amélioration de celle-ci.

Il rappellera les consignes de brossage :

- De 6 mois à 1 an : Le parent passe une compresse humide sur la/les dents le soir avant le coucher.
- De 1 à 4 ans : Brossage par les parents, avant 2 ans : un seul brossage, le soir avant le coucher et dès 2 ans : 2 brossages par jour, un le matin et un le soir avant le coucher. L'enfant possède sa propre brosse à dent qui sera souple et adaptée à son âge et changée tous les trois mois, ou moins selon l'état (l'enfant aura tendance à mordiller les poils).
À partir de 2 ans, si l'enfant sait recracher, on introduira un dentifrice (si possible fluoré entre 250 et 500ppm selon l'âge et le risque carieux) en faible quantité (l'équivalent d'un petit pois). Le parent se place derrière l'enfant et place sa main sous le menton. Il effectue un brossage quadrant par quadrant.
- De 4 à 6 ans : l'enfant va commencer à devenir autonome et apprend le brossage sous le contrôle des parents L'utilisation d'un dentifrice fluoré entre 500 ppm et 1000 ppm est recommandée. La brosse à dent est souple et adaptée à son âge.

Le pharmacien pourra encourager les parents à se rendre chez le chirurgien-dentiste dès l'apparition des premières dents, afin que celui-ci effectue une première évaluation du risque carieux individuel, et mette en place rapidement des mesures et des conseils aux parents si celui-ci est élevé.

L'Union Française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) recommande la méthode 1-2-3-4 avant l'âge de 6 ans.



Figure 3 : La méthode 1-2-3-4. (Source : UFSBD)

Après l'âge de 6 ans, c'est la méthode B.R.O.S. qui sera conseillée :

- **B**rosser haut et bas séparément
- **R**ouleau ou mouvement rotatif pour brosser les dents et gencives du rose vers le blanc
- **O**blique : on incline la brosse à 45° sur la gencive
- **S**uivre un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus

Le pharmacien rappellera qu'un brossage efficace s'effectue en brossant quadrant par quadrant, devant un miroir. Il faut utiliser une brosse à dent souple, de taille adaptée à la taille de la bouche, et qui sera changée régulièrement, tous les trois mois ou moins selon l'état. Le brossage sera idéalement après chaque repas soit trois fois par jour, pendant une durée de deux minutes au minimum, temps nécessaire pour nettoyer l'ensemble de la surface dentaire de manière satisfaisante. Une faible quantité de dentifrice (correspondant à la largeur de la brosse) sera placée sur la brosse à dent et le brossage s'effectuera sans mouiller au préalable celle-ci. Le patient devra veiller à ne pas effectuer de mouvements horizontaux pour éviter d'abimer l'email.

Jusqu'à l'âge de 8 ans, le brossage restera supervisé par un adulte, voir plus longtemps selon la dextérité et le degré d'autonomie de l'enfant.



Figure 4 : Méthode B.R.O.S. (Source : UFSBD)

Il sera important de rappeler au patient que c'est bien l'action mécanique de la brosse à dent qui permet de retirer la plaque dentaire, et non pas l'utilisation du dentifrice. Toutefois, il facilitera le brossage grâce à sa propriété moussante, il permettra de rafraichir l'haleine, mais surtout, pour les dentifrices fluorés, il va permettre de diminuer le risque carieux. Le brossage du soir reste le plus important, du fait de la baisse du flux salivaire durant le sommeil. Il conviendra de choisir un dentifrice peu abrasif en cas de sensibilité ou de pathologies dentaires (Davies et coll, 2002)

Le pharmacien conseillera l'usage d'une brosse à dents électrique chez les personnes à mobilité ou dextérité réduite comme les personnes âgées ou handicapées.

Le nettoyage des espaces interdentaires est également primordial, il se fera grâce à l'utilisation du fil dentaire ou des brossettes interdentaires, ce nettoyage devra être effectué une fois par jour, de préférence le soir. Les brossettes utilisées seront adaptées à l'espace interdentaire, ainsi plusieurs tailles sont nécessaires pour nettoyer

l'ensemble des dents. Il conviendra de les rincer après chaque passage et de les changer régulièrement, soit dès qu'elles sont abimées ou tous les quinze jours.

Une visite chez le dentiste permettra au patient de connaître le diamètre nécessaire en fonction de l'emplacement des dents, et d'apprendre la technique d'utilisation. Toutefois il est possible de proposer au patient un kit contenant plusieurs diamètres de brossettes, le patient devra choisir la taille, de façon à ce que la brossette frotte, sans forcer ni flotter dans l'espace interdentaire. Le pharmacien recommandera au patient d'utiliser les brossettes en face d'un miroir.

L'utilisation du révélateur de plaque permettra aux enfants comme aux adultes de visualiser les endroits où leur brossage est perfectible. Les bains de bouches fluorés peuvent être utilisés pour compléter le brossage en cas de RCI élevé. Ils sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 6 ans. Le pharmacien rappellera aux patients que l'utilisation d'un bain de bouche contenant un antiseptique ne doit pas se faire sur une période qui excède quinze jours, afin de ne pas risquer de trop déséquilibrer la flore, et éviter les effets indésirables des antiseptiques : modification du goût ou sensation de brûlure de la langue, coloration brune de la langue et des dents (Karpiński et, Szkaradkiewicz, 2005).

1.3.2. L'halitose.

Il s'agit d'une affection relativement répandue, environ 25% de la population en souffrirait. Elle constitue un véritable frein social (Bisson et coll, 2012).

On parle d'halitose « vraies », quand elle est mesurable et identifiable par un spécialiste, et de pseudo-halitoses ou halitophobies, lorsque aucune mauvaise haleine n'est objectivement détectable. L'halitose peut être transitoire, elle apparaîtra après l'ingestion de certains aliments, le jeûne et le réveil. (Yaegaki et coll, 2000 ; Guenane, 2014)

Parmi, les halitoses « vraies » se distinguent les halitoses d'origine buccale et extra buccale. L'origine buccale est observée dans 90 % des cas (Yaegaki et coll, 2000).

Elle est principalement due à l'accumulation des dépôts bactériens (anaérobies gram -) sur les dents et la face dorsale de la langue et sur les prothèses mal entretenues.

Ces bactéries produisent des composés sulfurés volatils malodorants, en réquisitionnant divers substrats endogènes tels que des cellules épithéliales desquamées, du sang, de la salive et du fluide gingival, ou exogènes tels les débris alimentaires ou le tartre.

On retrouve une halitose buccale en présence (Bisson et coll, 2012) :

- Des maladies parodontales chez un individu qui présente une hygiène orale déficiente.
- D'un enduit lingual.
- Lors d'une période postopératoire pendant laquelle le patient a temporairement du mal à se brosser les dents.
- D'une candidose.
- D'une hyposialie par irradiation des glandes salivaires par exemple ou lors d'un syndrome de Gougerot-Sjögren.
- D'une ulcération ou d'une nécrose des muqueuses buccales, voire de l'os (après radiothérapie surtout).
- De carie ou de l'absence de point de contact qui va favoriser le bourrage alimentaire.
- De prothèses anciennes et non adaptées.
- Du tabagisme.

L'halitose non buccale est beaucoup moins fréquente, elle se retrouve suite :

- À la consommation de certains aliments ou boissons (produits laitiers, ail, oignon, régime hyper protéiné, le café et l'alcool).
- À un jeûne prolongé ou à une déshydratation.
- À la suite de certaines pathologies, telles que les infections de la sphère ORL, les pathologies gastro-intestinales et hépatiques, l'insuffisance rénale (haleine urémique), le diabète non équilibré avec hypoglycémies (l'haleine chargée d'acétone).
- À la suite de la prise de certains traitements par exhalation de métabolites odorants, ou si ceux-ci induisent une xérostomie (anticholinergiques,

antiparkinsoniens, antidépresseurs, neuroleptiques, sympathomimétiques). Certains médicaments induisent une dysgueusie responsable d'une mauvaise perception des odeurs (Martel, 2002).

La prise en charge de l'halitose non buccale non alimentaire se fera par le médecin généraliste ou le/les spécialiste/s qui suivent le patient.

Il est possible de réaliser un test simple qui permet de confirmer l'origine locale buccale ou générale de l'affection : On demande au patient de souffler par les narines en maintenant la bouche fermée. Si l'odeur apparaît, il s'agit d'une cause générale puis on lui demande de pincer le nez et de fermer la bouche, de retenir sa respiration quelques secondes puis d'ouvrir la bouche sans respirer. Si la mauvaise odeur apparaît, il s'agit d'une cause buccodentaire (Wakura et coll, 1994).

Dans le cas où le patient présente une pseudo-halitose ou une halitophobie, il conviendra de le rassurer en lui donnant des conseils d'hygiène buccodentaire et alimentaires voire de l'orienter vers une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Pour adapter son conseil, le pharmacien se renseignera sur le moment de la journée ou le patient est gêné, sur la présence d'une tierce personne lui ayant fait remarquer son halitose, sur les habitudes alimentaires du patient, son tabagisme, et sur l'existence d'une pathologie générale.

Il devra ensuite chercher à enseigner une technique d'hygiène orale efficace accompagnée d'une hygiène interdentaire et d'un brossage de la langue. Il recommandera le nettoyage après chaque repas des prothèses amovibles. Du révélateur de plaque dentaire pourra être utilisé afin d'améliorer l'efficacité du patient lors du brossage.

Il demandera au patient de se rendre chez son dentiste afin de déceler une origine parodontale ou carieuse, et de vérifier les prothèses amovibles si besoin.

Un bain de bouche antiseptique ou contenant du zinc, qui va se fixer aux composés soufrés, pourra être recommandé.

Il sera possible de conseiller également le recours à des sprays mentholés ainsi que des capsules ou pastilles renfermant de l'huile essentielle de persil ou de tournesol.

Ces pastilles vont avoir un délitement prolongé, ce qui va permettre d'augmenter le temps de succion et donc la salivation. Le fait de mâcher un chewing-gum sans sucres et de boire en quantité suffisante permettra d'augmenter la production de salive. Enfin il sera important de rappeler au patient de diminuer sa consommation d'aliments riches en sucre, de café, d'alcool et de tabac, et de privilégier les aliments riches en fibres tout en évitant les périodes de jeûne.

En traitement de la xérostomie, le pharmacien recommandera l'utilisation d'un dentifrice contenant des agents hydratants, de substituts salivaires. Il informera de la nécessité de diminuer ou supprimer les aliments et boissons déshydratants comme les plats très épicés ou très salés, ainsi que le café et l'alcool. Enfin la consommation de glace ou sorbet permet d'améliorer provisoirement le confort (Bontemps, 2019 ; Guenane, 2014).

En phytothérapie, 30 grammes de baies de genévrier en infusion dans un litre d'eau, à prendre après le repas peut être utilisé. L'infusion de sommités de fleurs et feuilles de lavande, utilisée en bain de bouche aura un effet sialogogue (Lamendin et coll, 2002).

En homéopathie, il sera possible de conseiller : Pulsatilla 9CH, trois granules trois fois par jour, cinq granules de Mercurius solubilis 9 CH, deux fois par jour, Antimonium crudum 7 CH, cinq granules trois fois par jour ou Asa foetida 5 CH, cinq granules trois fois par jour. Si l'halitose est associée à des brûlures d'estomac : on pourra conseiller Iris versicolor 5 CH, deux granules trois fois par jour. Si l'halitose est en lien avec une infection dentaire : on pourra conseiller l'association de Pyrogenium 5 CH et de Calcarea fluorica 5 CH, deux granules trois fois par jour (Boiron et coll, 2011 ; Boukhobza, 2016).

Des bains de bouche sont possibles avec 10 gouttes de teinture mère de Calendula ou d'Echinacée à mélanger dans un verre d'eau tiède, à faire après chaque repas.

Pour l'aromathérapie, le pharmacien recommandera un bain de bouche composé d'une goutte d'huile essentielle de citron, de sauge, de menthe poivrée ou de thym à mélanger dans un verre d'eau après chaque repas, l'huile essentielle d'arbre à thé peut être utilisée en appliquant une goutte sur le dentifrice avant le brossage (Lamendin et coll, 2002 ; Festy, 2008).

1.4. Les colorations dentaires.

Les dyschromies peuvent être extrinsèques ou intrinsèques (Clément et Marcoux, 2018).

Les colorations extrinsèques sont en lien directe avec la présence de la pellicule exogène acquise. Ces dyschromies peuvent être provoquées par différents facteurs notamment :

- ✓ Des médicaments (les fluorures, la chlorhexidine, ou les ammoniums quaternaires).
- ✓ Des métaux (fer, manganèse, argent, mercure, plomb, nickel, cuivre...)
- ✓ L'alimentation : les aliments riches en tanins comme le vin rouge seront responsables d'une coloration grisâtre de l'émail ; le café, le thé ou les sodas seront responsables eux d'une coloration plutôt brune des dents et les fruits rouges (mûres, cassis) peuvent engendrer une pigmentation bleue-noire. Les épices telles que le curry et le curcuma vont également être responsables de dyschromies.
- ✓ Des bactéries : *Serratia marcescens* et *Flavobacterium lutescens* (colorations noirâtres : *black stains*), *Pseudomonas aeruginosa* (coloration verdâtre) ou *Micrococcus roseus* (coloration orange), ou encore des champignons : *Penicillium* et *Aspergillus*. (Zyła et coll, 2015)
- ✓ Le goudron qui sera contenu dans le tabac.

Les dyschromies intrinsèques, sont des colorations plus ou moins profondes touchant le complexe amélo-dentinaire. Elles peuvent se classer en deux catégories (Clément et Marcoux, 2018) :

- Les dyschromies intrinsèques pré-éruptives dans lesquelles on trouve :
 - ✓ Les fluoroses par surcharge en fluor au cours des phases de minéralisation des tissus dentaires (Browne, 2005).
 - ✓ Les dyschromies jaunâtres ou brun/gris liées aux tétracyclines, qui touchent les parties de la dent en formation lors de la prise d'antibiotique. C'est pour cette raison qu'ils sont contre indiqués chez la femme enceinte et le jeune enfant (Kashyap et Sharma, 1999).

- ✓ Certaines anomalies congénitales : les ictères sévères entraîneront des colorations jaunes dus à une hyperbilirubinémie, les anémies et thalassémie peuvent quant à elles provoquer une coloration rosée voire rouge et les porphyries érythropoïétiques congénitales entraîneront une coloration rouge voire brune des dents.
 - ✓ Les anomalies génétiques : l'amélogénèse et la dentinogénèse imparfaites.
 - ✓ Les désordres thyroïdiens : l'hypothyroïdie pourra provoquer une coloration blanche laiteuse et l'hyperthyroïdie peut entraîner une coloration bleutée des dents.
- Les dyschromies intrinsèques post-éruptives parmi lesquelles on trouve :
 - ✓ Le vieillissement physiologique, avec l'âge, on observe un amincissement de l'émail (Touzi et coll, 2011).
 - ✓ Les pathologies pulpaires, les caries et leurs traitements (résines et amalgames).
 - ✓ Les traitements par radiothérapies peuvent provoquer des colorations brunes voire noires après irradiation.

La prise en charge par le pharmacien se fera sur les dyschromies extrinsèques, et en l'absence de pathologie associée : hypersensibilité dentinaire, maladie parodontale ou pulpaire.

En premier lieu, il sera nécessaire que le pharmacien redonne au patient une information sur le nettoyage bucco-dentaire via le brossage des dents et le nettoyage des espaces inter-dentaires. Il donnera des conseils sur les aliments et boissons qui vont provoquer ou accentuer les dyschromies ainsi que sur la consommation de tabac.

Les dentifrices « blancheur », « anti-taches » ou « nettoyage intense » peuvent être proposés, ils seront utilisés en alternance avec le dentifrice (fluoré) habituel, et seulement un jour sur deux ou trois pour ne pas fragiliser l'émail du fait de leur abrasivité élevée. Ils sont classés selon l'échelle « *Relative Dentine Abrasion* » ou RDA en fonction de leur pouvoir d'abrasion.

Des agents chimiques chercheront à dissoudre les pigments colorés, et des agents mécaniques abrasifs agiront par frottement sur la pellicule exogène acquise.

Leur action polissante va diminuer la rétention de plaque par diminution de la rugosité en surface de la dent.

Des brosses à dent dites « blancheur » peuvent également être conseillées, elles contiennent des microbilles polissantes non abrasives sur les brins, mais également du fil dentaire « blancheur » avec des microcristaux de bicarbonate de sodium qui se déposeront sur les dents lors de l'utilisation.

Des poudres à base de bicarbonate de sodium associé ou non à une enzyme protéolytique existent et peuvent être saupoudrées sur le dentifrice (Miara et Miara, 2006).

Le pharmacien aura un rôle préventif en expliquant les dangers des dentifrices « maison », souvent à base d'eau oxygénée et de bicarbonate de sodium. Ce mélange est peu onéreux, mais son utilisation présente des risques si la concentration en eau oxygénée n'est pas contrôlée. En effet, elle aura un effet caustique sur les gencives. De même la granulométrie du bicarbonate utilisé sera importante, et il sera important d'utiliser du bicarbonate dit « alimentaire » (Gutiérrez-Venegas et coll, 2015).

L'utilisation d'argile blanche, qui n'est pas soluble dans l'eau et la salive, et dont le potentiel abrasif sera très important, même si elle est « ultra fine » sera à déconseiller. L'utilisation de dentifrice au charbon dont l'efficacité « blancheur » n'est pas démontrée et qui présente un potentiel abrasif important ne devra pas être recommandée (Brooks et coll, 2017).

Les dentifrices avec du jus de citron ou du vinaigre vont avoir un effet déminéralisant très important.

Le pharmacien devra aussi délivrer une information sur les dangers des kits de blanchiment vendus sur internet ou des blanchiments réalisés en dehors d'un cabinet dentaire. En effet, en l'absence de surveillance, les produits utilisés peuvent être à des concentrations inefficaces ou trop importantes pour les tissus dentaires et gingivaux, et entraîner des dommages irréversibles. En France, un arrêté du 24 août 2012 réglemente les concentrations en peroxyde d'hydrogène autorisées en ambulatoire et au fauteuil pour les professionnels (Omar et coll, 2019).

1.5. Les doléances prothétiques.

Dans les jours suivant la pose, lors de modifications bucco-dentaires, lors d'un choc ou simplement avec le vieillissement de la prothèse, celle-ci peut devenir responsable d'irritations, de plaies et d'inflammations gingivales à l'origine de douleurs, de gêne à la mastication et à la phonation.

Dans tous ces cas, une visite chez le dentiste sera nécessaire afin de découvrir la cause de ces désagréments, et de la traiter. En attendant cette visite, le conseil en officine portera sur : (Pillon et Pillot, 2015)

- Rassurer le patient sur le caractère habituel de survenue de ces désagréments surtout si la pose est récente. Ceux-ci sont en principe transitoires.
- Pour les aphtes ou de petites plaies, le pharmacien pourra proposer au patient d'utiliser un produit désinfectant, anesthésiant et ou cicatrisant (situation vue précédemment dans cette thèse).
- L'entretien.

La prothèse amovible est considérée dans un premier temps comme un corps étranger, et sera très stimulante pour les extrémités des fibres nerveuses des muqueuses buccales. Ces irritations des récepteurs sensitifs sont transmises par un arc reflexe au centre de la salivation et de la phonation. Il en résulte une augmentation de la salivation, des perturbations de la phonation, mastication et déglutition. Un réflexe nauséux peut aussi apparaître. L'adaptation prendrait entre dix à trente jours. Elle est dépendante de nombreux facteurs, dont la stabilisation, le matériau utilisé et la présence ou non de douleurs (Galonsky et coll, 2018).

L'entretien de la prothèse est nécessaire, il permettra d'éviter la survenue d'infection, d'inflammation ou de mycose qui seront responsables d'une baisse de la qualité de vie du patient (Tenenbaum et coll, 2008).

Celui-ci se fera après avoir retiré la prothèse, à l'aide d'une brosse à dent souple ou d'une brosse spécifique pour prothèses amovibles. De l'eau tiède (jamais chaude ou bouillante), savonneuse ou non, ou du dentifrice spécial non abrasif, sera utilisé sur la brosse. Un rinçage minutieux sera réalisé à la fin du brossage. Il est conseillé d'effectuer le nettoyage au-dessus d'un lavabo contenant un peu d'eau pour éviter qu'elle ne se brise si elle échappe des mains.

L'eau de javel ne devra pas être utilisée, afin d'éviter de rendre la prothèse cassante et de la décolorer.

Les brosses spécifiques sont munies d'une double tête, plate pour le nettoyage de l'intrados prothétique et biseauté pour nettoyer les espaces inter-dentaires.

Qu'il reste des dents naturelles ou non, un brossage à l'aide d'une brosse à dent souple et de dentifrice sera nécessaire. Il se fera sur les dents restantes, s'il y en a, mais également sur les gencives.

Ce nettoyage des muqueuses, des dents restantes et de la prothèse après chaque repas est nécessaire, toutefois pour les personnes âgées, celui-ci n'est pas toujours réalisable. En l'absence de brossage, un rinçage à l'eau de la bouche et de la prothèse après chaque repas sera obligatoire.

Il existe des produits décontaminants en poudre ou en comprimé qui vont se dissoudre dans de l'eau. Les prothèses seront immergées dans celle-ci. Elles seront laissées dix à quinze minutes puis elles seront rincées soigneusement. Il n'est pas nécessaire d'utiliser ces produits plus de deux fois par semaines, et il ne doit surtout pas se substituer au brossage de la prothèse.

La prothèse peut être conservée en bouche la nuit, mais elle ne doit pas être portée 24 heures sur 24, pour permettre du repos aux tissus et éviter une perte osseuse accéléré. Dans ce cas il faudra trouver un moment dans la journée où elles ne seront pas en place, après les entretiens par exemple. Dans le cas où elle sera retirée la nuit, le patient la placera après nettoyage et séchage dans une boîte au sec pour éviter la prolifération bactérienne.

Les crèmes adhésives peuvent avoir un intérêt afin d'améliorer la stabilité de la prothèse et d'éviter le passage de débris alimentaires en dessous lors des repas. Certaines possèdent une activité antibactérienne, et peuvent avoir un goût mentholé.

Ces crèmes s'appliquent une fois par jour, après avoir préalablement nettoyé et séché la prothèse. L'application se fait en petites lignes ou points, en faible quantité et en évitant les bords de l'intrados prothétique. Il sera nécessaire de procéder au nettoyage de la crème tous les soirs, que ce soit sur la prothèse ou sur les muqueuses.

Depuis 2010, l'ANSM a décidé l'arrêt de la commercialisation de crèmes adhésives à base de zinc, en effet, leur utilisation excessive et sur le long terme entraînait des effets indésirables tels qu'engourdissements, troubles sanguins (anémie), picotements/faiblesses dans les bras ou les jambes, ainsi que des difficultés à marcher ou à conserver son équilibre.

Le pharmacien devra rappeler au patient, que même chez l'édenté total, des visites annuelles chez le dentiste sont primordiales, pour contrôler les tissus, l'adaptation des prothèses, et pour les détartrer si nécessaire.

2. Enquête sur l'attitude des pharmaciens en Lorraine face aux doléances bucco-dentaires.

2.1. Matériels et méthodes.

2.1.1. Type d'étude.

Il s'agit d'une enquête descriptive réalisée auprès des pharmaciens d'officine de Lorraine durant la période du 1^{er} Décembre 2018 au 30 Septembre 2019. Un court questionnaire portant sur les habitudes de délivrance et les connaissances des pharmaciens en matière bucco-dentaire a été utilisé (Annexe).

2.1.2. Recueil des informations.

La Lorraine compte, au 1^{er} Juin 2020, 713 officines. Pour cette enquête, 204 questionnaires ont été distribués, ils ont été déposés directement dans les officines et ont ensuite été, soit récupérés directement, soit entre quinze jours et un mois après leur dépôt.

Parmi les 204 distribués, 143 ont été récupérés complétés, soit un taux de réponse de 70%. Le manque de temps ou l'oubli ont été les raisons données pour les questionnaires rendus vierges.

Sur les 143 complétés, 29 ont été éliminés car ils n'étaient pas remplis en totalité, ou n'ont pas été complétés par des pharmaciens : 22 questionnaires étaient remplis par des préparateurs/trices en pharmacie.

Une version électronique du questionnaire a été distribuée sur un réseau social comprenant les pharmaciens de la Communauté urbaine du Grand Nancy, cela a permis de récupérer 15 questionnaires supplémentaires.

Les analyses ont donc été effectuées sur un total de 129 questionnaires.

2.1.3. L'enregistrement des données.

Il a été effectué sur le logiciel Excel® de Windows. Le questionnaire a été construit de façon à permettre une réponse rapide pour les pharmaciens. Il est composé de quatre

cas cliniques et comporte douze questions fermées, six questions semi-fermées à choix multiples et sept questions ouvertes.

2.2. Résultats.

2.2.1. Quelle est votre année de naissance ?

À cette question, nous apprenons que l'âge des pharmaciens ayant répondu à l'enquête est compris entre 25 et 64 ans et suit la répartition suivante :

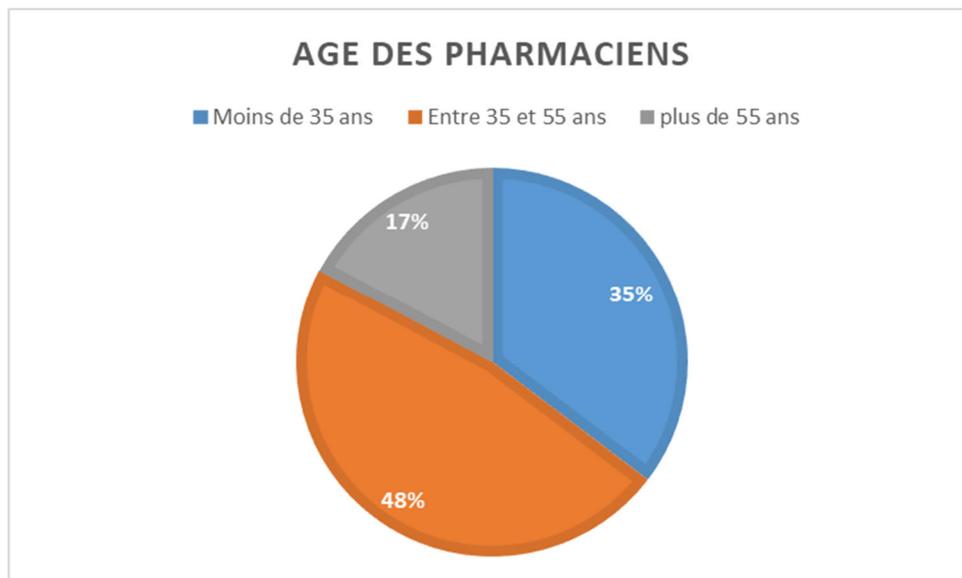


Figure 5 : Répartition selon l'âge de la population étudiée.

Ces données semblent en concordance avec les chiffres donnés par le conseil de l'ordre des pharmaciens lors de son étude démographique sortie le 01 Janvier 2019. En effet, en 2018, 74 115 pharmaciens étaient inscrits, 72% de ceux-ci travaillent en officine soit 53 733 pharmaciens. Parmi eux, le tiers à moins de 35 ans. L'âge moyen des pharmaciens en France est de 46,7 ans. Chez les pharmaciens d'officine titulaires, il est de 50,2 et chez les adjoints, de 43,9 ans (Ordre des pharmaciens, 2019).

2.2.2. Êtes-vous une femme ou un homme ?

L'enquête démographique du conseil de l'ordre des pharmaciens montre qu'en 2018, la proportion de femmes inscrites est de 67%, toutefois la répartition hommes-femmes s'équilibre lorsque l'on s'intéresse plus particulièrement aux titulaires d'officines, avec

alors 55% de femmes. Mais elle augmente chez les pharmaciens adjoints, avec 81% de femmes.

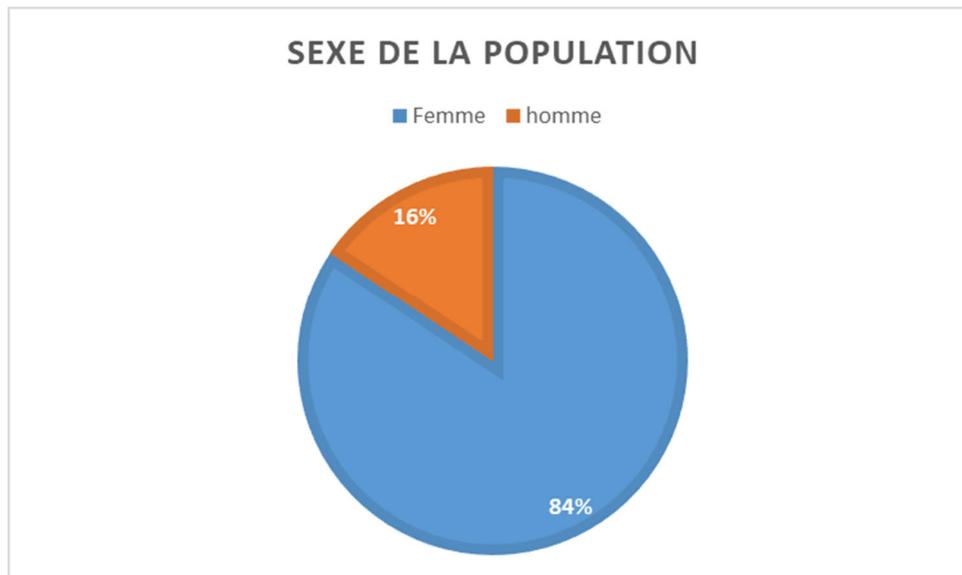


Figure 6 : Sexe de la population étudiée.

Dans la population de notre enquête, nous observons une proportion de femme plutôt identique à celle retrouvée chez les pharmaciens adjoints.

2.2.3. Depuis combien de temps exercez-vous le métier de pharmacien ? Et, si vous êtes titulaire, depuis combien de temps possédez-vous votre officine ?

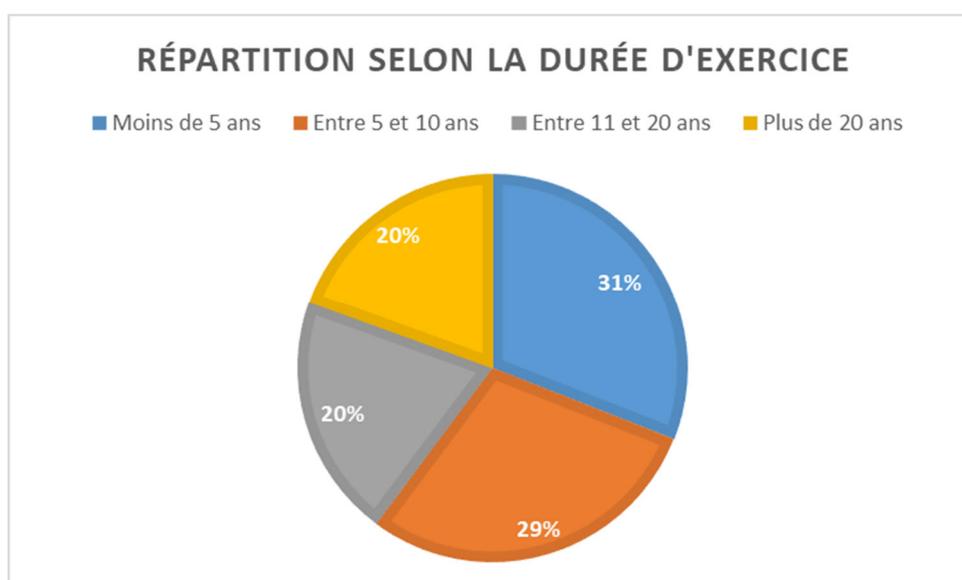


Figure 7 : Répartition selon la durée d'exercice.

Le dernier rapport démographique du conseil de l'ordre montre une diminution de l'âge de première inscription. La proportion d'inscription chez les moins de 25 ans a quadruplé en une année. Un rajeunissement de la population de pharmaciens est donc constaté. Cela peut expliquer la proportion de pharmaciens exerçant depuis moins de 5 ans que l'on retrouve pour notre enquête.

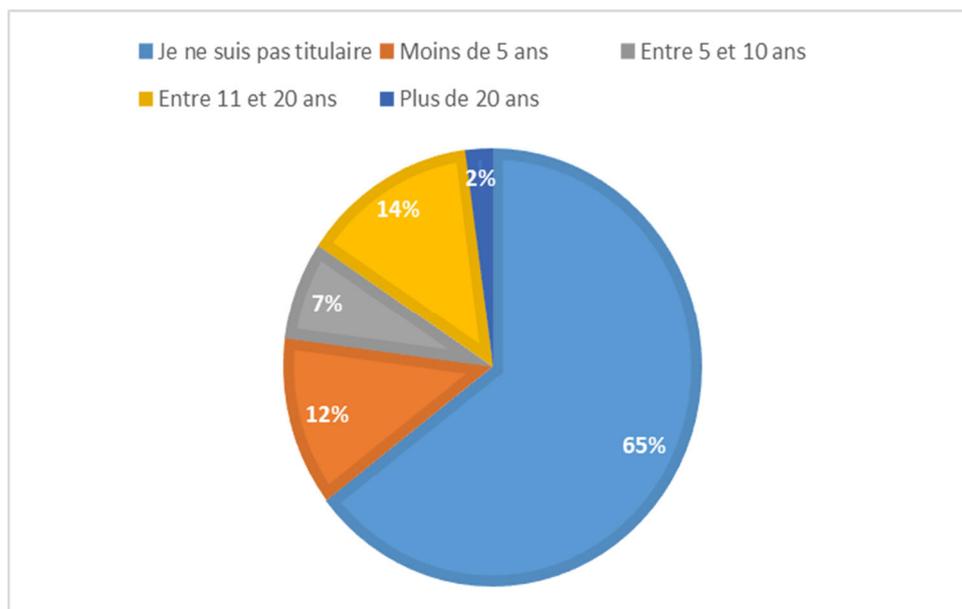


Figure 8 : Répartition des pharmaciens adjoints et titulaires (et durée de titularisation pour ces derniers).

Parmi les pharmaciens interrogés, 65% ne sont pas titulaires. Selon les données du conseil de l'ordre, en 2018, au niveau national on trouve 51% de pharmaciens adjoints, soit un peu moins que dans notre enquête.

Sur les vingt hommes ayant répondu, seuls quatre n'étaient pas titulaires. Ces quatre pharmaciens adjoints avaient tous moins de trente ans et exerçaient depuis moins de cinq ans.

2.2.4. Combien de pharmaciens travaillent dans votre officine ? Et combien de préparateurs en pharmacie travaillent au sein de votre officine ?

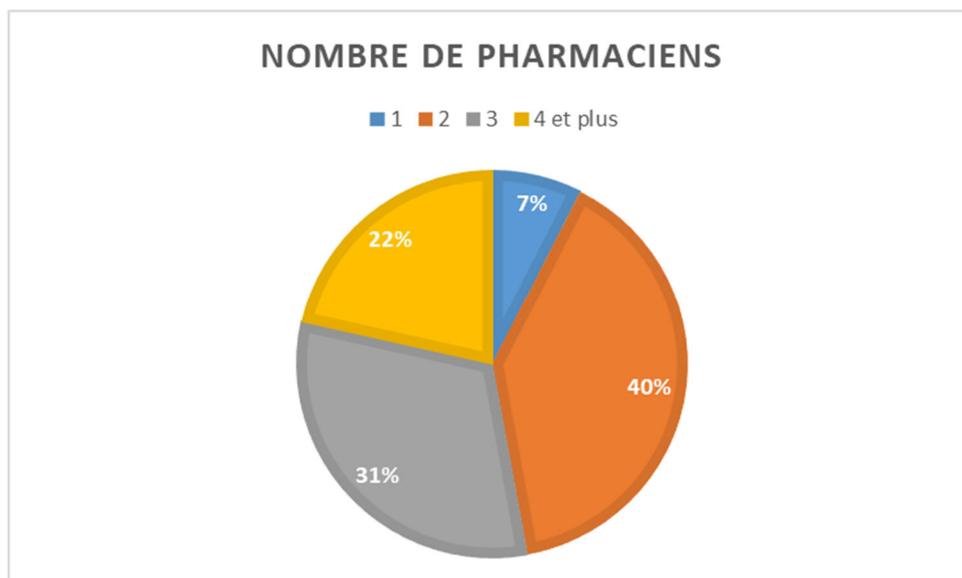


Figure 9 : Répartition selon le nombre de pharmacien exerçant dans l'officine.

La moyenne nationale du nombre de pharmaciens en 2018 selon leur conseil de l'ordre est de 2.6 pharmaciens par officine.

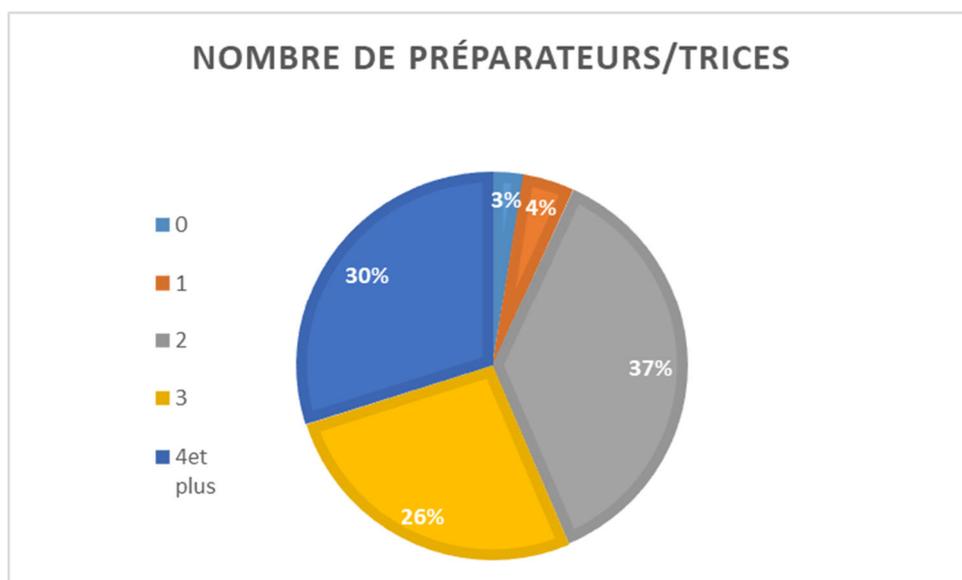


Figure 10 : Répartition selon le nombre de préparateurs exerçant à l'officine.

Quatre pharmaciens ont indiqué travailler sans préparateur, il s'agit de femmes exerçant seules dans leur officine, avec pour trois d'entre elles une durée d'exercice comprise entre dix et vingt ans, la dernière exerce depuis plus de vingt ans.

2.2.5. D'une manière générale, vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux doléances bucco-dentaires de vos patients ?

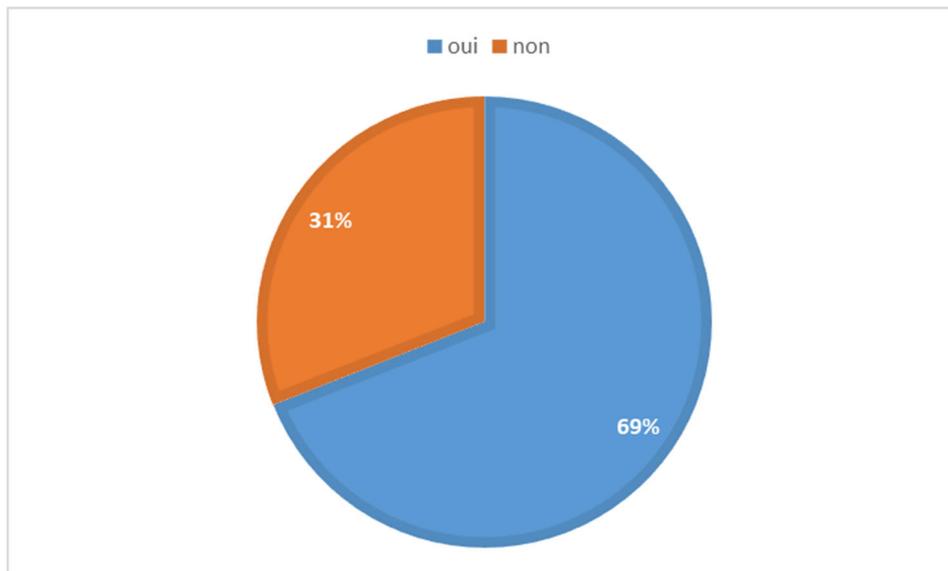


Figure 11 : Pourcentage de pharmaciens se sentant à l'aise face aux doléances bucco-dentaires.

Sur les 31% qui disent ne pas se sentir à l'aise, 58% soit 23 personnes exercent depuis moins de cinq années, 26% soit 10 personnes, exercent depuis plus de cinq ans et moins de 11 ans et enfin 16% soit 6 personnes, exercent depuis plus de 11, mais moins que 20 ans. Tous les pharmaciens qui exercent depuis plus de 20 ans ont répondu être à l'aise face aux doléances buccodentaires.

Notre population compte 40 pharmaciens exerçant depuis moins de cinq ans, on constate que 23 d'entre eux ne se sent pas à l'aise, soit 58%.

Sur les vingt hommes, un seul a signalé ne pas être à l'aise pour répondre aux doléances bucco-dentaires, il s'agit d'un pharmacien adjoint exerçant depuis moins de cinq années et âgé de 25 ans (donc probablement dans sa première année d'exercice).

2.2.6. Savez-vous qu'il existe un système de chirurgien-dentiste de garde en place les dimanches et jours fériés ?

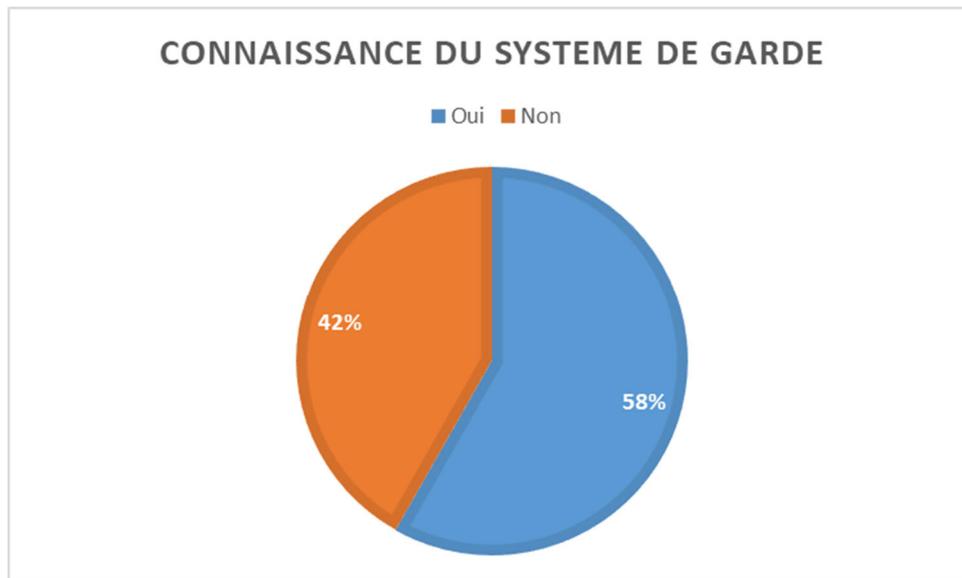


Figure 12 : Répartition selon la connaissance ou non de l'existence d'un système de garde.

À cette question, on observe que 42% des pharmaciens interrogés n'ont pas connaissance de l'existence du système de garde existant chez les chirurgiens-dentistes pour les dimanches et jours fériés.

Chez les pharmaciens exerçant depuis moins de dix ans, le pourcentage de personne ayant connaissance est de 51%, ce pourcentage passe à 66% chez ceux exerçant depuis plus de 20 ans.

2.2.7. Cas clinique numéro un :

« Un patient, sans problème de santé, se présente avec une forte douleur (Évaluation numérique de la douleur (EN) =8/10) localisée sur une dent depuis trois jours, insomniante depuis la veille. Ce n'est pas le premier épisode douloureux ressenti sur cette dent, cariée et cassée depuis plusieurs mois selon le patient. Celui-ci vous précise n'avoir pas vu de chirurgien-dentiste depuis au moins 5 ans. Il n'a pas de problème de santé particulier et ne présente pas d'altération de l'état général. Il vous demande un médicament pour le soulager, et précise que la prise de Paracétamol est inefficace. »

- Que lui proposez-vous ?

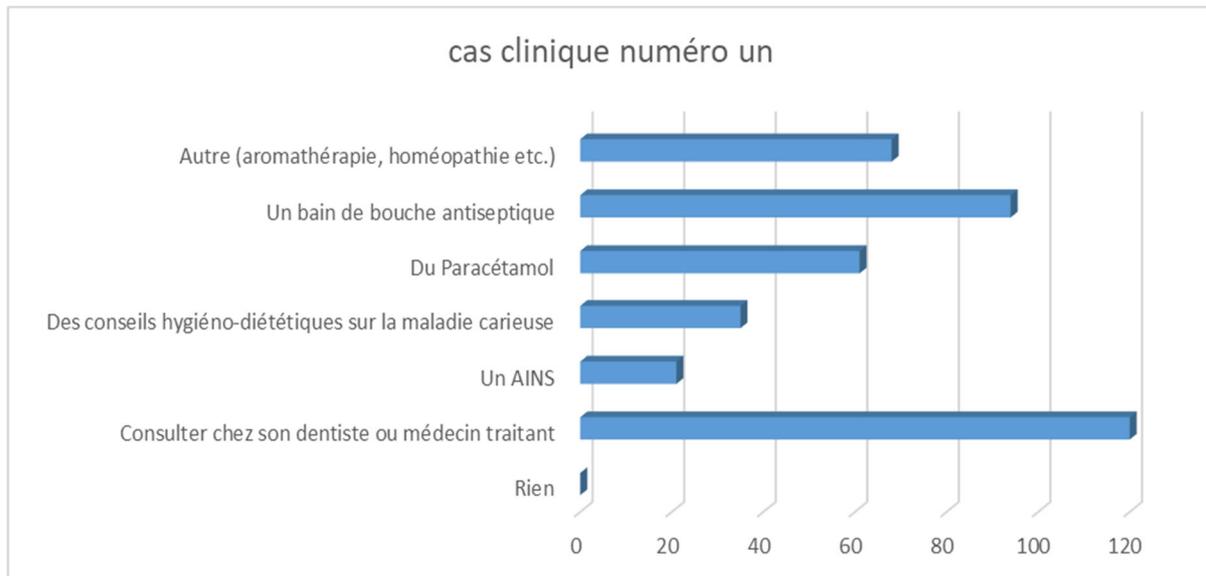


Figure 13 : Attitude face à une douleur pulpaire sans tuméfaction.

Pour les personnes ayant coché « autre », « bain de bouche » ou « AINS », il leur était demandé de préciser la nature du traitement proposé :

- ✓ Les bains de bouche proposés : la Chlorhexidine : 46 fois, l'Hexétidine : 13 fois. L'Alodont[®] (Chlorure de cétylpyridinium + eugéno) est proposé 58 fois.
- ✓ L'aromathérapie proposée : L'HE de clou de girofle : 37 fois, celle d'arbre à thé et de laurier noble : 2 fois. L'HE d'origan en gélule est proposée une fois, de même que l'Aromasantis[®] ATB (mélange encapsulé d'HE de cannelle, origan, arbre à thé, estragon, citron et cuivre).
- ✓ En phytothérapie : Le Curcuma est conseillé une fois.
- ✓ En application locale : Un pharmacien recommande Dentobaume[®] (Chlorhydrate d'amyléine et Lévométhol).
- ✓ Pour les AINS : l'ibuprofène est proposé 20 fois et le kétoprofène une fois.

- Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

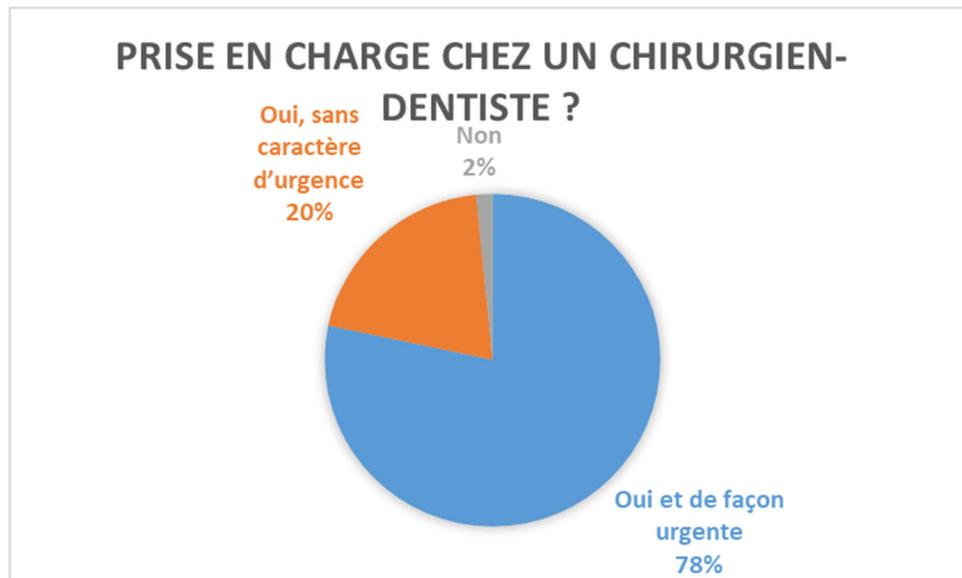


Figure 14 : Évaluation du caractère urgent du cas numéro un sans tuméfaction.

On constate que les vingt et une personnes qui ont proposé l'utilisation d'AINS exerçaient toutes depuis plus de cinq années. Elles ont par ailleurs toutes répondu que la prise en charge par le dentiste doit se faire de façon urgente, et avait conseillé également un antiseptique buccal à base de Chlorhexidine. Parmi ces pharmaciens, cinq avait répondu ne pas être à l'aise lors de doléances bucco-dentaires.

On remarque également que 56 pharmaciens recommandent l'utilisation de paracétamol, alors que le patient a signalé que la douleur est résistante à cette molécule.

L'aromathérapie est conseillée par 34% des pharmaciens de notre enquête, essentiellement par les pharmaciens exerçant depuis plus de cinq, mais moins de onze années.

Deux pharmaciens ont estimé que la prise en charge par un dentiste n'était pas nécessaire. Pour l'un, seule la case « paracétamol » est cochée. Pour le second, l'huile essentielle de giroflier, la Chlorhexidine et l'utilisation d'Alodont® sont conseillés.

Vingt-trois pharmaciens pensent que la prise en charge par le dentiste est nécessaire mais qu'elle n'est pas urgente.

- Si le même patient s'était présenté avec une tuméfaction jugale ?

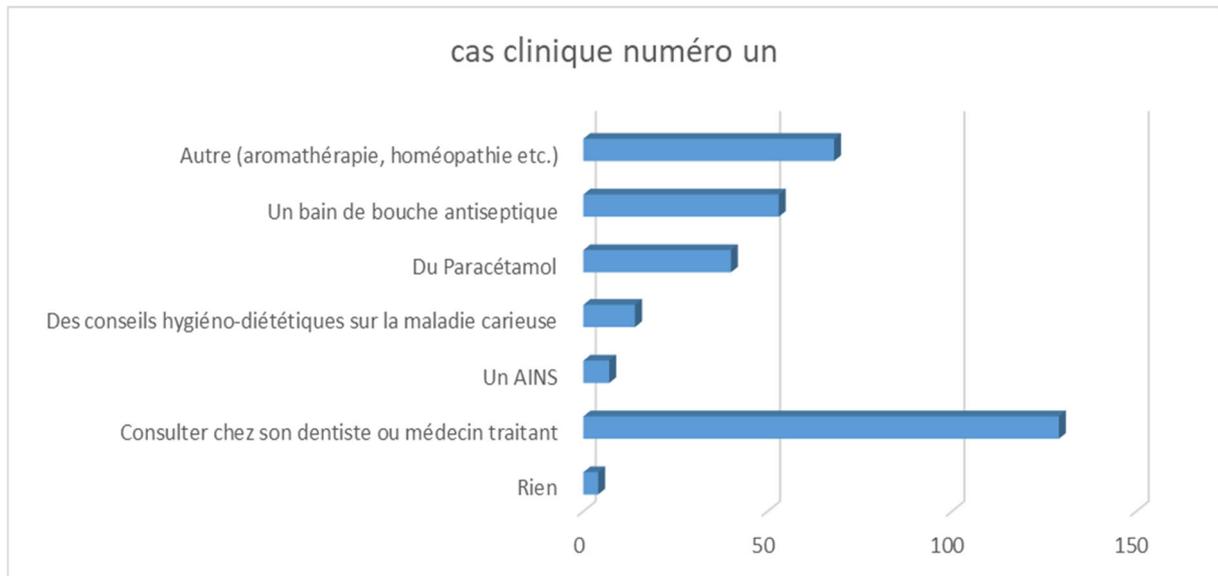


Figure 15 : Attitude face à une douleur pulpaire avec tuméfaction.

Pour les personnes ayant coché « autre », « bain de bouche » ou « AINS », il leur était demandé de préciser la nature du traitement proposé :

- ✓ Les bains de bouche proposés : la Chlorhexidine : 28 fois, l'Hexétidine est proposée 1 fois. L'Alodont® (Chlorure de cétylpyridinium + eugénol) : 12 fois.
- ✓ L'aromathérapie proposée : L'HE de giroflier : 25 fois, celle d'arbre à thé 2 fois.
- ✓ Pour les AINS : L'ibuprofène est proposé 7 fois.

Toutes les personnes interrogées ont répondu que le patient devra se rendre en urgence chez son dentiste.

Les sept pharmaciens qui ont conseillé l'usage de l'ibuprofène l'avait déjà conseillé lors de la situation initiale. Tous ont répondu se sentir à l'aise face à un patient avec des doléances bucco-dentaires.

2.2.8. Cas clinique numéro deux :

« Une patiente, sans problème de santé, se présente et vous explique qu'elle est gênée par des saignements importants de sa gencive lors du brossage de ses dents et par une halitose. Le brossage étant même devenu très désagréable depuis une semaine, voire douloureux sur certaines zones. L'halitose est perçue tout au long de

la journée, depuis plusieurs mois. Elle vous montre ses gencives qui sont très inflammatoires. La patiente est fumeuse depuis de nombreuses années, elle est porteuse de prothèses dentaires amovibles, elle vous précise se brosser les dents 2 fois par jour avec une brosse à dent souple, et n'a pas vu de dentiste depuis 2 ans. Elle vous demande de la conseiller pour stopper les saignements et l'halitose. »

- Que lui proposez-vous ?

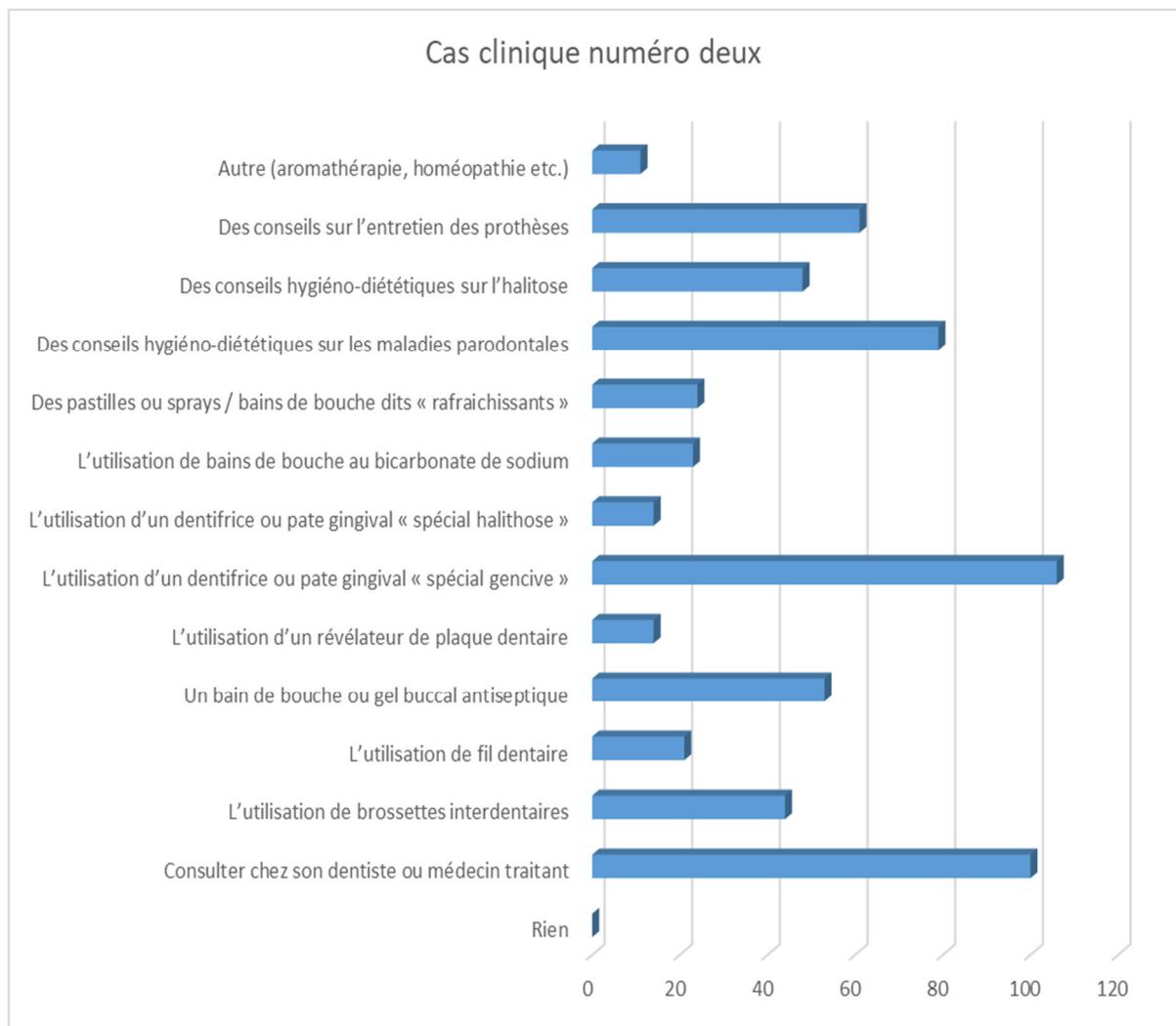


Figure 16 : Attitude face à une pathologie parodontale.

Pour les personnes ayant coché « autre » il leur était demandé de préciser la nature du traitement proposé :

- ✓ L'aromathérapie : L'HE de laurier noble est proposée 1 fois.

- ✓ En application locale : l'Huile de pépin de raisin et l'eau oxygénée sont conseillés une fois.
 - ✓ Les autres thérapeutiques proposées : Lactibiane buccodental® (probiotiques) : 2 fois, l'utilisation de pastilles ou capsules à l'huile essentielle de persil, une fois.
 - ✓ L'arrêt du tabac est proposé 4 fois.
 - ✓ L'utilisation d'une brosse à dent électrique et l'utilisation d'une brosse à dent dure sont conseillées une fois chacune.
- Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

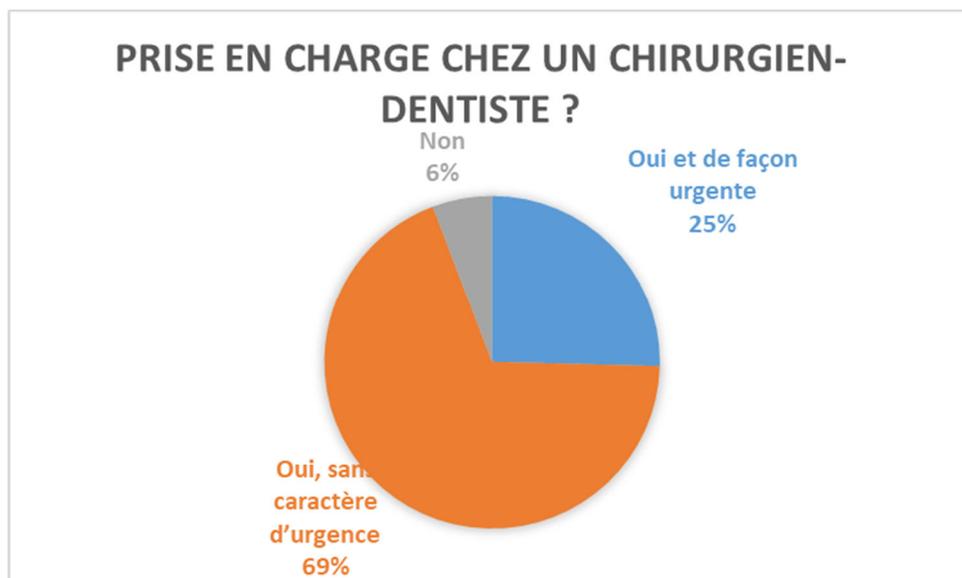


Figure 17 : Évaluation du caractère urgent de la pathologie parodontale.

On constate que 79 pharmaciens prodigueront des conseils hygiéno-diététiques concernant la maladie parodontale et que 94% des répondants recommanderont une prise en charge chez un dentiste.

Les 6% qui n'estime pas le recours au dentiste nécessaire ont tous répondu ne pas être à l'aise face aux doléances bucco-dentaires.

2.2.9. Cas clinique numéro trois :

« Un patient, sans problème de santé, se présente à votre officine et vous demande un traitement pour une lésion buccale qu'il assimile à un aphte. Il vous montre une lésion de petite taille, isolée, plate, à fond jaunâtre, entourée d'un halo inflammatoire rouge. Il vous signale être extrêmement stressé en ce moment, et a consommé récemment des noix. »

- Que lui proposez-vous ?

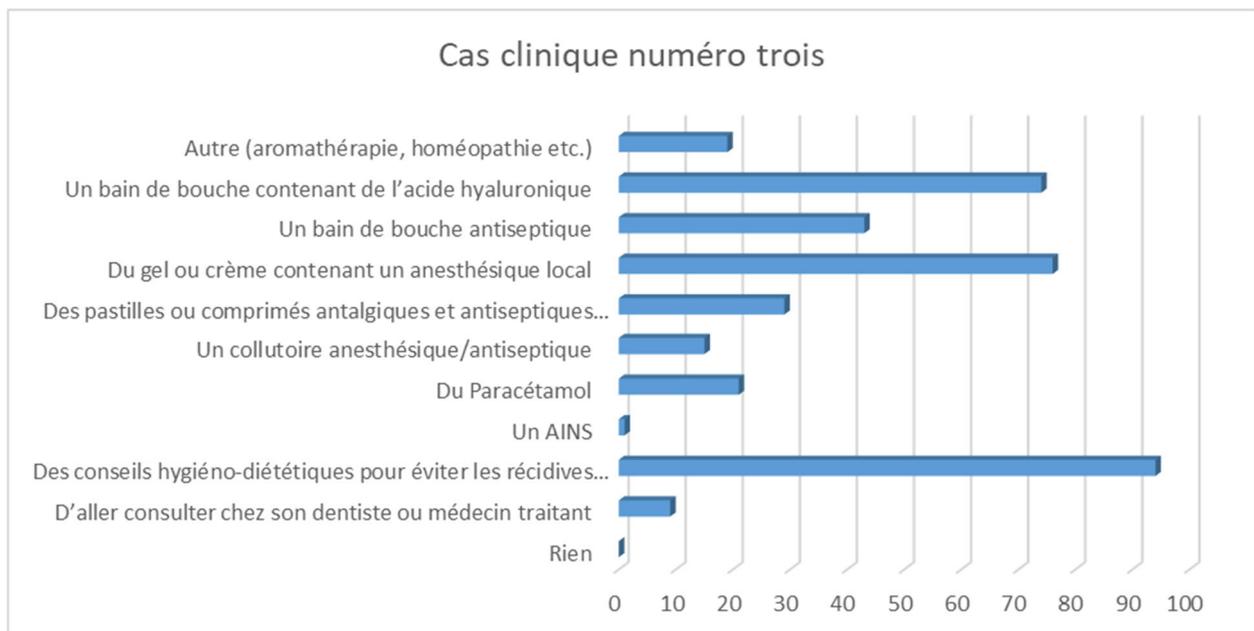


Figure 18 : Attitude face à l'aphte vulgaire.

Pour les personnes ayant coché « autre » il leur était demandé de préciser la nature du traitement proposé :

- ✓ L'aromathérapie : L'HE de giroflier est proposée 1 fois, de même que celle de Sauge diluée dans de l'huile végétale.
- ✓ L'homéopathie conseillée : L'Homeoaflyl® 5 fois, le borax 7CH, 3 fois.
- ✓ En application locale, on trouve : Du gel Bloxaphte® (acide hyaluronique, Aloe Vera et rose de damas), proposé 12 fois, du gel Cicalium® (polyvinylpyrrolidone, taurine et zinc), une fois de même que Pyralvex® (Rhubarbe et Acide salicylique) et Urgo aphte Filmogel®.

- ✓ Les autres thérapeutiques : Du Lyso6® (Chlorhydrate de pyridoxine et Chlorhydrate de lysozyme) sera recommandé 8 fois.
 - ✓ De l'ibuprofène : une fois.
 - ✓ L'utilisation d'Alodont® est conseillée 10 fois.
 - ✓ L'utilisation d'aspirine en bain de bouche est proposée une fois.
- Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

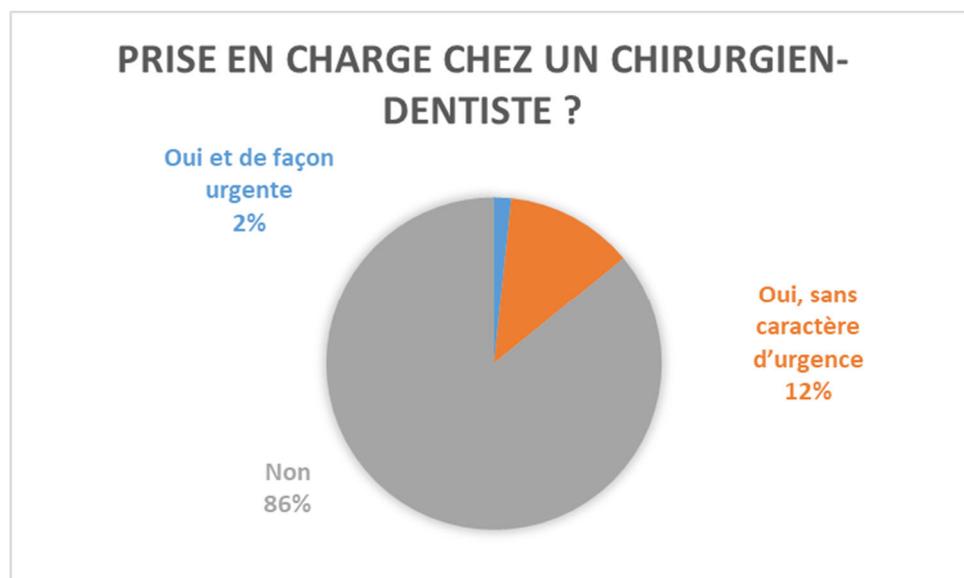


Figure 19 : Évaluation du caractère urgent pour l'aphte vulgaire.

Trois pharmaciens ont estimé que la prise en charge en cabinet dentaire de la lésion du patient devait avoir lieu de manière urgente, ces mêmes personnes avaient estimé que la prise en charge du patient dans le cas numéro un sans tuméfaction était nécessaire mais pas urgente. Dans la suite du questionnaire, ils estimeront que la prise en charge par un dentiste de l'enfant avec traumatisme dentaire n'est pas nécessaire. Un sur les trois dit ne pas être à l'aise face aux patients avec des doléances bucco-dentaires.

2.2.10. Cas clinique numéro quatre :

« Le patient qui se présente à l'officine est un enfant de 11 ans, qui vient de chuter il y a une heure, il est accompagné par sa maman. Le choc n'a pas été très violent selon les dires de la mère de l'enfant. Il est tombé sur ses incisives centrales supérieures et

se plaint d'une légère douleur à la mastication et à la palpation (EN =2/10), ainsi que d'une très légère mobilité, mais les dents ne sont pas déplacées. La maman décrit la présence d'un léger saignement de la gencive sur le pourtour des dents concernées au moment de la chute, arrêté actuellement. Il n'y a pas d'autres plaies buccales. L'enfant ne présente pas de problème de santé particulier. La mère vous demande conseil pour la prise en charge de la douleur et le nettoyage de la zone. »

- Que lui proposez-vous ?

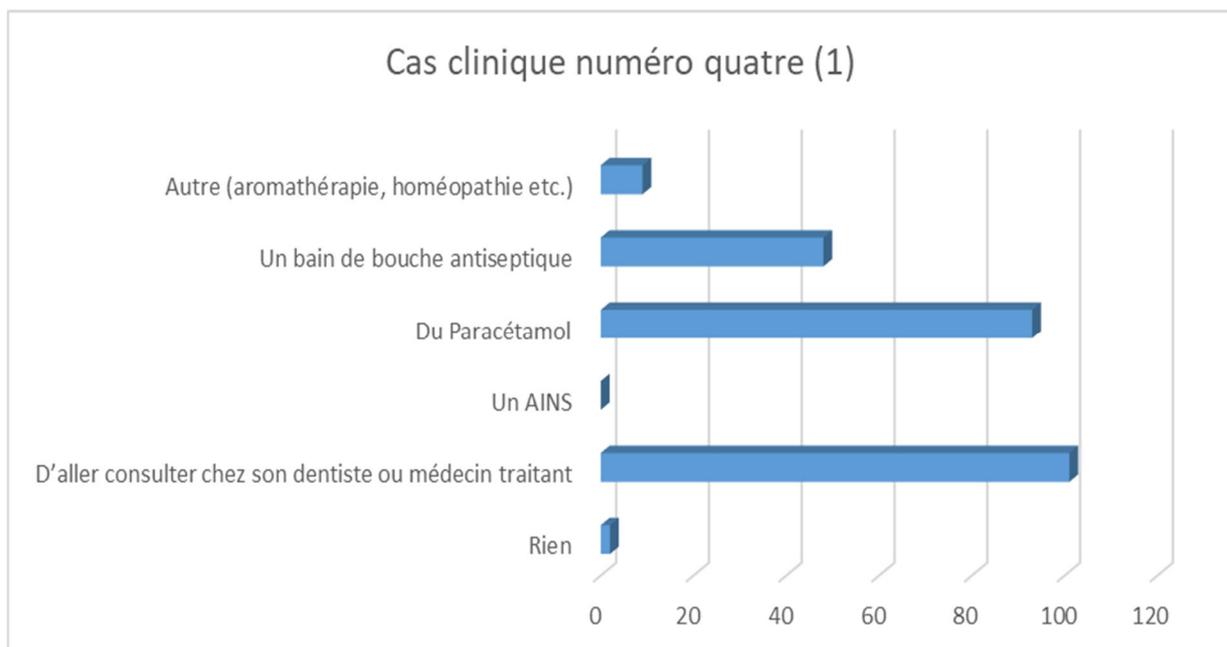


Figure 20 : Attitude face au traumatisme dentaire.

Pour les personnes ayant coché « autre » il leur était demandé de préciser la nature du traitement proposé :

- ✓ L'homéopathie : L'arnica 9CH, 29 fois et Hypericum perforatum, une fois.
 - ✓ En application locale : Du gel à l'acide hyaluronique est proposé une fois.
 - ✓ Les autres thérapeutiques : Un pharmacien conseille Protéochoc® (Porphyral HSP®) un complément alimentaire qui aide à récupérer après les chocs et les traumatismes.
- Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

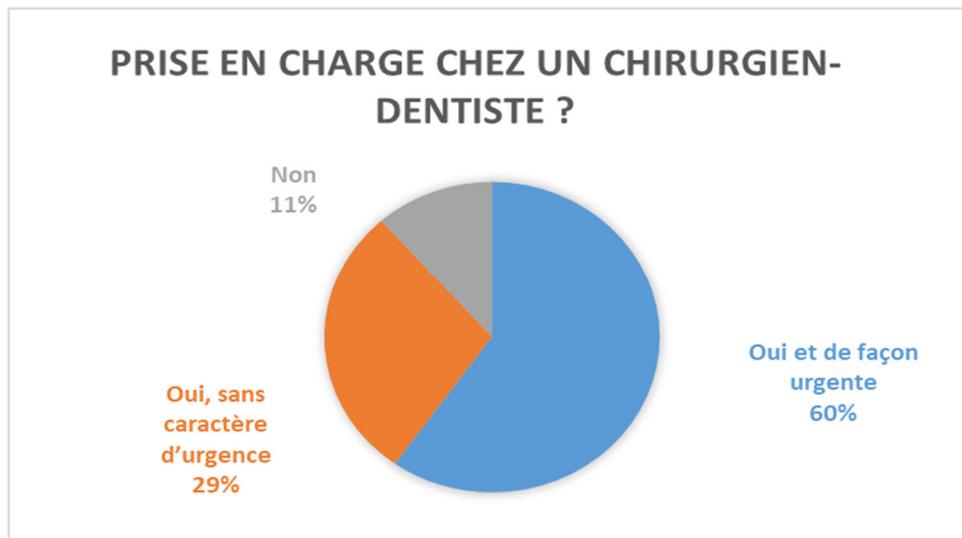


Figure 21 : Évaluation du caractère urgent du traumatisme dentaire.

On note que quatorze pharmaciens n'encouragent pas la maman à se rendre chez le dentiste. Parmi eux neuf exercent depuis moins de cinq années, et quatre ont indiqué ne pas être à l'aise face aux doléances bucco-dentaires.

- « La maman vous demande également ce que vous pouvez lui proposer car elle souffre régulièrement de sensibilité dentaire surtout lorsqu'elle boit de l'eau ou mange des aliments très froids. À l'interrogatoire, elle vous apprend qu'elle fume 20 cigarettes par jour depuis plus de 10 ans, et qu'elle consomme régulièrement des sodas. Elle effectue un ou deux brossages par jour, avec une brosse à dent dure, et un dentifrice blanchissant. »

- Que lui proposez-vous ?

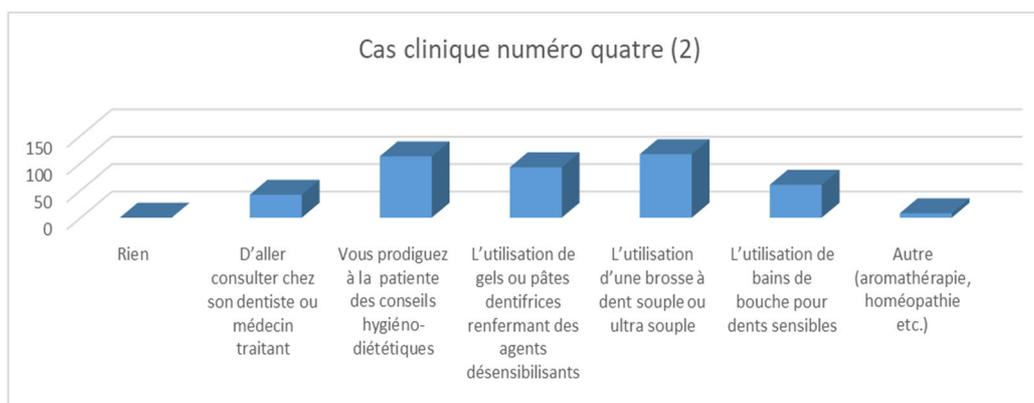


Figure 22 : Attitude face à l'hyperesthésie dentinaire.

Pour les personnes ayant coché « autre » il leur était demandé de préciser la nature du traitement proposé :

- ✓ L'arrêt du tabac, soda et dentifrices blanchisseurs/abrasifs sont proposés 8 fois.
- ✓ L'utilisation d'un dentifrice fluoré > 1500ppm est proposé une fois.
- Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

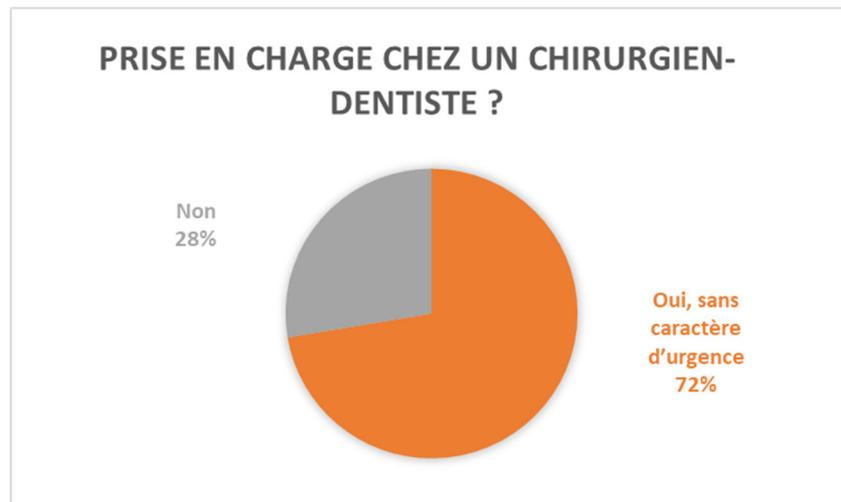


Figure 23 : Évaluation du caractère urgent de l'hyperesthésie dentinaire.

Aucun des pharmaciens interrogés n'a estimé que la prise en charge en cabinet dentaire devait se faire de façon urgente. Trente-six ont considéré que la prise en charge officinale est suffisante, parmi ceux-ci, quatre ne dispensent pas de conseils hygiéno-diététiques. L'usage d'une brosse à dent souple est recommandé par 90% des pharmaciens, et les conseils hygiéno-diététiques sont prodigués par 87% de ceux-ci.

3. Discussion : Améliorer la prise en charge des patients via la réalisation de fiches conseil

Notre enquête a mis en avant que plus de la moitié des pharmaciens qui exercent depuis moins de cinq années, disent ne pas être à l'aise face aux doléances bucco-dentaires de leurs patients. On peut supposer que ce manque de confiance soit dû au manque d'expérience, toutefois, il est probable qu'une part non négligeable des pharmaciens aient récemment obtenu leur diplôme. Cela pourrait laisser également penser que la formation initiale peut être perfectible.

Au travers de nos quatre cas cliniques, nous avons essayé d'en apprendre plus sur l'attitude des pharmaciens Lorrains lorsqu'ils doivent faire face aux problèmes bucco-dentaires de leurs patients.

Le cas numéro un nous a appris que 20% des pharmaciens interrogés pensent qu'une pathologie pulpaire insomnante, avec une douleur évaluée à 8/10, et résistante au paracétamol, ne nécessite pas une prise en charge urgente par un dentiste. 2% de notre population étudiée a même estimé que la situation pouvait être prise en charge uniquement en officine et ne nécessitait pas de rendez-vous en cabinet dentaire. Vingt et un pharmaciens, soit 16%, ont par ailleurs recommandé la prise d'un anti inflammatoire non stéroïdien. Lorsque le patient présente une tuméfaction jugale, sept d'entre eux continuent de recommander un AINS. Or le patient signale qu'il n'a pas vu de dentiste depuis cinq années, que la dent est cariée et cassée depuis plusieurs mois, et qu'il ne s'agit pas du premier épisode douloureux. On en déduit qu'un processus infectieux est en cours. En 2013, l'ANSM rappelait dans son rapport sur la prescription des AINS, que ceux-ci sont responsables de l'aggravation d'infections dentaires. Ils ne doivent donc pas être conseillés dans le cas de notre patient.

Ces vingt et une personnes ont toutefois répondu que la prise en charge en cabinet dentaire doit se faire de manière urgente.

Dans notre pratique, il est fréquent que des patients disent avoir été en pharmacie avant de venir consulter en cabinet dentaire, et qu'un AINS leur a été proposé. Ces 16% semblent donc être un pourcentage peu élevé par rapport à ce que nous

constatons au quotidien, peut être que notre étude présente ici un biais de prévarication.

On constate que dans cette situation où le risque carieux est établi, seulement trente-six pharmaciens vont donner des conseils d'hygiène dentaire, soit 27%. Et globalement, sur chacun des cas cliniques, on remarque que dans les officines avec un seul titulaire, qu'il y ait ou non la présence d'un préparateur en pharmacie, les conseils d'hygiène bucco-dentaires ne sont jamais donnés au patient. Cela peut s'expliquer par le peu de temps disponible qui pourra être accordé à chaque patient, du fait de la charge de travail plus élevée quand le pharmacien travaille seul.

Enfin, bien que le patient signale que sa douleur est réfractaire au paracétamol, 60 pharmaciens, soit près de la moitié de notre échantillon conseillent à nouveau la prise de celui-ci. Le patient n'ayant pas consulté depuis plus de cinq années, et présentant plusieurs épisodes douloureux sur la dent causale depuis plusieurs mois, on peut supposer qu'il fait partie des patients qui renoncent aux soins dentaires. Ces patients sont plus susceptibles de pratiquer de l'automédication pour retarder le rendez-vous médical. En lui conseillant à nouveau du paracétamol, bien que sa douleur soit réfractaire, on s'expose à un risque de surdosage. Celui-ci restant la première cause de greffe hépatique d'origine médicamenteuse en France (Prescrire, 2010 ; ANSM, 2019).

Le cas clinique numéro deux met en avant une patiente avec une pathologie parodontale. Pour ce cas, 79 pharmaciens, soit 61%, vont donner des conseils hygiéno-diététiques sur ce type de pathologie.

La moitié des pharmaciens va fournir des conseils sur l'entretien des prothèses et seul quatre recommandent l'arrêt de tabac, toutefois, on peut supposer que certains pharmaciens ont inclus la proposition d'arrêt du tabac dans les conseils hygiéno-diététiques.

L'usage d'un dentifrice ou gel gingival spécialisé dans le traitement de la gingivite est lui recommandé par 81% de notre population de pharmaciens.

D'une manière générale, les conseils donnés vont plutôt tendre vers le soulagement de l'inconfort de la patiente. On constate en revanche que seulement un peu plus de la moitié des pharmaciens vont faire de la prévention.

Les propositions des pharmaciens sont beaucoup plus tournées vers la prise en charge de la gingivite que vers celle de l'halitose, il semble donc que ceux-ci ont conscience du caractère plus urgent à devoir traiter la gingivite.

Le cas clinique numéro trois met en évidence que 73% des personnes interrogées sur la prise en charge d'un aphte vulgaire vont donner des conseils hygiéno-diététiques pour éviter des récives.

La situation clinique numéro quatre décrit un traumatisme dentaire de type subluxation sur les incisives chez un enfant de onze ans. Seulement 60% des pharmaciens estiment cette situation urgente, et 11% soit 14 pharmaciens ne pensent pas que la situation nécessite d'aller voir un dentiste.

Les subluxations dentaires, comme tous les traumatismes bucco-dentaires, doivent être prises en charge de façon urgente. En effet, il est nécessaire d'effectuer un examen clinique complet ainsi qu'un contrôle radiologique afin de permettre une prise en charge optimale. Un certificat médical initial sera remis en main propre, dans celui-ci, on trouve les résultats des examens cliniques et radiologiques effectués, on trouve également les soins réalisés suite au traumatisme, ainsi qu'un paragraphe dans lequel le praticien émet des réserves quant à l'avenir des dents traumatisés. Ce certificat est très important et pourra être demandé par les compagnies d'assurance, les organismes sociaux et l'autorité judiciaire. L'établissement de ce certificat est un acte médico-légal d'une grande importance. De plus, suite à un traumatisme, des examens de surveillance vont être réalisés de façon régulière. Les conséquences du traumatisme peuvent n'apparaître qu'après plusieurs mois.

En ne conseillant pas à la maman et son enfant une prise en charge rapide, l'enfant ne pourra pas bénéficier d'une prise en charge optimale, on peut donc parler de perte de chance.

L'analyse des quatre cas a permis de constater une mauvaise appréciation du caractère dangereux des situations cliniques chez trois pharmaciens, qui ont estimé que la prise en charge de l'aphte vulgaire simple au cabinet dentaire devait avoir lieu en urgence, mais pour qui la situation clinique numéro une (pathologie pulpaire) et la numéro quatre (traumatisme dentaire sur une incisive centrale chez un enfant) n'étaient pas des urgences dentaires.

À la suite du questionnaire une partie libre a été laissée afin que les pharmaciens interrogés puissent s'exprimer. Quarante-huit pharmaciens ont laissé un commentaire, parmi eux, trente m'ont laissé leur adresse email afin que je leur communique les « bonnes réponses » pour les cas cliniques, ainsi que la thèse en entier une fois celle-ci terminée, en me précisant souvent avoir trouvé les cas cliniques intéressants, et avoir dû « réviser » pour pouvoir répondre aux questions.

Treize pharmaciens m'ont informée qu'ils rencontrent des situations d'urgences dentaires toutes les semaines, et que les patients qui se rendent à la pharmacie évoque toujours le délai trop long pour avoir un rendez-vous.

Douze personnes évoquent le manque d'arsenal thérapeutique dont ils disposent pour répondre aux doléances bucco-dentaires. Surtout depuis le listage de la codéine en 2017.

Neuf pharmaciens demandent s'il est possible de réaliser de petites fiches synthétiques qui leur permettraient de connaître si la prise en charge doit se faire de façon urgente ou non, ceci afin d'améliorer leur pratique professionnelle.

Quatre m'ont informée qu'ils constatent au quotidien beaucoup d'automédication en ce qui concerne les douleurs bucco-dentaires, avec régulièrement un mésusage des médicaments. Une me précise éprouver des difficultés à faire comprendre la dangerosité d'une automédication inadaptée aux patients.

Nous avons donc réalisé des fiches synthétiques, qui concernent les pathologies abordées dans ce travail. Elles comprennent les questions importantes à poser, afin de déterminer les facteurs de risques, puis l'essentiel des conseils en officine sont listés. Pour finir, il est précisé les limites de ce conseil, ainsi que le caractère urgent ou non de la prise en charge.

L'hypersensibilité dentinaire :

Quelles questions poser :

- Depuis quand ressentez-vous ces douleurs ?
- Quel est votre dentifrice ?
- Quel type de brosse à dent utilisez-vous ?
- Quelle est votre technique de brossage ?
- Souffrez-vous d'un problème parodontal ?
- Souffrez-vous d'un trouble du comportement alimentaire ?
- Quand avez-vous vu votre dentiste pour la dernière fois ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire.
- Conseiller une alimentation équilibrée, en évitant les aliments et boissons acides.
- Conseiller une visite annuelle chez le dentiste.
- Utiliser un dentifrice désensibilisant et une brosse à dent souple.
- Déconseiller le brossage avant et après un contact acide.
- Utiliser un bain de bouche au bicarbonate pour diminuer le pH.
- Stimuler la salivation : utiliser des chewing-gum/pastilles sans sucre, conseiller une hydratation importante.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- La présence d'une maladie parodontale ou pulpaire associée.
- La présence d'anomalies de l'émail ou de la dentine.
- **Contrôle chez le dentiste nécessaire.**

Les caries et les douleurs pulpaires :

Quelles questions poser :

- Pouvez-vous décrire la douleur ? Quand et comment apparaît-elle ?
- Avez-vous de la fièvre ?
- Avez-vous un problème de santé/des traitements ? (Rechercher si le patient est à risque infectieux).
- Quel dentifrice utilisez-vous ? Grignotez-vous ?
- Êtes-vous allé chez le dentiste récemment ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire. Utiliser un révélateur de plaque.
- Proposer la prise de paracétamol en attendant le rendez-vous chez le dentiste, en rappelant bien les modalités de prises, afin d'éviter les surdosages.
- Expliquer que seule la prise en charge par un dentiste permettra la guérison, l'automédication ne permettant que de diminuer la symptomatologie de façon transitoire. Déconseiller l'usage des AINS.
- Conseiller une hygiène alimentaire équilibrée.
- Utilisation d'un dentifrice fluoré adapté à l'âge.
- Utilisation d'un bain de bouche antiseptique.
- Utilisation possible d'un anesthésique local en regard de la dent douloureuse.
- Conseiller une visite annuelle chez le dentiste, voire biannuelle si le risque carieux est élevé.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- **Contrôle chez le dentiste de façon urgente.**
- Les patients qui présentent un risque infectieux.
- L'altération de l'état général, un abcès, une tuméfaction ou un trismus.

Les pathologies parodontales :

Quelles questions poser :

- Avez-vous des saignements, depuis quand et est-ce récidivant ?
- Qu'utilisez-vous comme dentifrice et comme brosse à dents ?
- Quelles sont vos habitudes de brossage, vos dents sont-elles mobiles ?
- Allez-vous régulièrement chez votre dentiste ?
- Avez-vous un problème de santé/des traitements ? (Rechercher si le patient est à risque infectieux et la présence d'une pathologie iatrogène).
- Êtes-vous enceinte ? Consommez-vous du tabac ?
- Portez-vous un appareil dentaire ?
- Vous a-t-on déjà diagnostiqué une maladie parodontale ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire.
- Insister sur l'usage des brossettes interdentaires ou du fil.
- Utiliser un révélateur de plaque dentaire et une brosse à dent souple.
- Donner des consignes sur l'entretien des prothèses.
- Conseiller une hygiène alimentaire de bonne qualité.
- Utilisation d'un bain de bouche antiseptique.
- Utilisation d'un dentifrice anti-inflammatoire ou antiseptique en alternance avec un dentifrice fluoré si le premier n'en contient pas.
- Conseiller une visite annuelle chez le dentiste, voire biannuelle.
- Utilisation de probiotiques.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- **Contrôle chez le dentiste de façon urgente.**
- Les patients présentant un risque infectieux ou une iatrogénie médicamenteuse.
- L'altération de l'état général, un abcès, ou une mobilité dentaire.

Les poussées dentaires du nourrisson :

Quelles questions poser :

- Quel âge a votre enfant ?
- Son comportement vous paraît-il habituel ?
- Salive-t-il beaucoup ?
- A-t-il de la fièvre, de la diarrhée, un érythème fessier ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire du nourrisson.
- Conseiller de réconforter l'enfant.
- Prévenir les irritations dues à la salive en l'essuyant régulièrement.
- Proposer à l'enfant un anneau de dentition réfrigéré mais non passé au congélateur, ou des aliments froids en fonction du stade de diversification alimentaire.
- Traiter l'érythème fessier.
- Prévenir la déshydratation en cas de diarrhée importante.
- Proposer du paracétamol pour son action antalgique et antipyrétique si besoin.
- Proposer des gels gingivaux ou solutions gingivales non anesthésiants.
- Ne pas chercher à percer la gencive.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.
- Éviter : les gels anesthésiants (fausse route), l'administration d'ibuprofène, d'aspirine, ainsi que les colliers de dentition (étranglement).

Les limites du conseil :

- Une fièvre persistant plus de 48 heures ou supérieure à 39°C.
- Une adénopathie ou une diarrhée importante et persistante.
- Consultation chez le médecin qui suit l'enfant si présence d'un de ces signes.

Les aphtes :

Quelles questions poser :

- Avez-vous un seul ou plusieurs aphtes et de quelles tailles ?
- En avez-vous régulièrement ?
- Depuis quand avez-vous l'aphte ?
- Avez-vous de la fièvre ? Êtes-vous fatigué ? Stressé ?
- Avez-vous un problème de santé, prenez-vous des médicaments ?
- Quel type de brosse à dents utilisez-vous et à quelle fréquence l'utilisez-vous ?
- Portez-vous une prothèse dentaire amovible ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire.
- Arrêter les aliments aphtogènes (noix, gruyère, épices, vinaigre etc.).
- Utilisation d'un bain de bouche antiseptique.
- Utiliser un bain de bouche au bicarbonate pour diminuer le pH.
- Utiliser des gels antiseptiques, anesthésiants, ou cicatrisants.
- Recommander les pastilles et comprimés à sucer.
- Les collutoires et les solutions gingivales peuvent être utilisés.
- Utilisation de probiotiques ou supplémentation en vitamine C.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- Les aphtes récidivants plus de quatre fois par an.
- Les aphtes géants (supérieurs à 1 cm) ou multiples.
- La présence de fièvre, saignements, lésions ulcéreuses localisées à un autre endroit.
- Consultation chez le médecin qui suit le patient si présence d'un de ces signes.

Les candidoses :

Quelles questions poser :

- Depuis quand avez-vous cette lésion et survient-elle fréquemment ?
- Avez-vous des traitements en cours ?
- Ressentez-vous une brûlure et/ou des démangeaisons ?
- Avez-vous un problème de santé ?
- Quel type de brosse à dents utilisez-vous et à quelle fréquence l'utilisez-vous ?
- Portez-vous une prothèse dentaire amovible ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.
- Se rincer la bouche après la prise de corticoïdes inhalés.
- Utiliser un bain de bouche au bicarbonate.
- Informer qu'il faut éviter le tic de léchage en cas de perlèche et recommander une crème hydratante, apaisante, protectrice et antibactérienne pour traiter celle-ci.
- Utiliser des pré ou probiotiques.
- Entretien des prothèses dentaires.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- Toute candidose qui ne guérit pas spontanément.
- **Consultation chez le médecin ou chez le chirurgien-dentiste de façon urgente dans ce cas.**

L'herpès :

Quelles questions poser :

- Depuis quand la lésion est-elle apparue ?
- Avez-vous été récemment malade ?
- Avez-vous régulièrement de l'herpès ? Si oui, combien de fois par an ?
- Avez-vous ressenti des picotements et/ou des brûlures avant l'apparition de la lésion ?
- Avez-vous de la fièvre et/ou une forte fatigue ?
- Côté-chez-vous des enfants ou des personnes affaiblies ?

Les conseils en officine :

- Éviter le contact avec les enfants atopiques et les personnes avec un système immunitaire affaibli.
- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.
- Enseigner les symptômes annonciateurs et informer sur la durée de contagion : qui commence avant l'apparition de la lésion et dure jusqu'à guérison complète
- Se laver les mains. Ne pas s'exposer au soleil. Ne pas utiliser d'AINS.
- Rappeler qu'il ne faut pas gratter les lésions, ni mettre du maquillage dessus.
- Donner les consignes pour éviter la propagation.
- Recommander l'utilisation d'un antiseptique local.
- Utilisation d'antiviraux locaux sous forme de crème, et d'un produit cicatrisant en baume ou en patch. Utiliser des probiotiques.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- Plus de 6 récurrences annuelles, une lésion qui s'étend au-delà des lèvres.
- La présence de symptômes associés : fatigue excessive, hyperthermie, douleur intense, saignements.
- Consultation chez le médecin qui suit le patient si présence d'un de ces signes.

Les traumatismes buccaux et dentaires :

Quelles questions poser :

- Pouvez-vous raconter dans quelles circonstances a eu lieu le traumatisme ?
- Avez-vous perdu connaissance, avez-vous des nausées ou vomissements ?
- Avez-vous présenté un saignement du nez ou des oreilles ?
- Avez-vous retrouvé la dent ou les morceaux de dents ?
- Dans quoi avez-vous conservé la dent ou les morceaux ?

Les conseils en officine :

- Rassurer le patient. Chercher la dent/le morceau de dent expulsé.
- Ne pas toucher la dent au niveau de la racine.
- Si la dent est non souillée et retrouvée rapidement : après bref rinçage au sérum physiologique, la réimplantation immédiate est possible.
- Mordre sur un mouchoir pour la maintenir en place en attendant le dentiste.
- Si pas de réimplantation immédiate : conservation de la dent, idéalement dans la bouche (salive), dans du lait UHT, ou dans du sérum physiologique stérile.
- Prise en charge par le dentiste dans l'heure qui suit pour avoir un meilleur pronostic. Ne pas réimplanter les dents de lait, ni en cas de risque infectieux.
- Si fracture avec exposition pulpaire, plus le soin est rapide, meilleur est le pronostic.
- Utilisation d'antiseptique local pour les plaies des tissus mous et en cas de saignements, morsure sur une compresse stérile.
- Recommander un protège-dent si traumatisme lié à une pratique sportive.
- Conseiller une alimentation molle pendant quelques jours.

Les limites du conseil :

- Consultation chez le chirurgien-dentiste de façon urgente pour tout traumatisme buccal, même sans luxation ou expulsion dentaire.
- Une perte de conscience, des maux de tête, vomissements, saignements importants ou du nez/oreilles imposeront d'envoyer le patient rapidement aux urgences médicales.

Le nettoyage bucco-dentaire :

Quelles questions poser :

- Quelles sont vos habitudes et techniques de brossage ?
- Quelle brosse à dent utilisez-vous ? Quel est votre dentifrice ?
- Avez-vous fait un contrôle chez votre dentiste récemment ?
- Quelles sont vos habitudes alimentaires ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire et sur les règles diététiques :
 - Brosse à dent souple, changée tous les 3 mois maximum.
 - Dentifrice fluoré adapté à l'âge.
 - Nettoyage interdentaire avec du fil ou des brossettes.
 - Technique de brossage efficace, au minimum 2 fois par jour, adaptée à l'âge.
 - Alimentation équilibrée, éviter le grignotage entre les repas, et la consommation excessive d'aliments et boissons très sucrés, alcoolisés et acides, limiter la consommation de ceux-ci à la période des repas. Privilégier la consommation d'eau pendant et en dehors des repas, et se rincer la bouche à l'eau à la fin des repas si le brossage n'est pas possible.
- Conseiller une visite annuelle chez le dentiste.
- Utiliser un révélateur de plaque dentaire régulièrement.
- Ne pas fumer.
- Éviter les gestes « contamineurs » auprès des jeunes enfants comme le partage de cuillère, éviter d'administrer les sirops sucrés ou l'homéopathie avant le coucher.

L'halitose:

Quelles questions poser :

- À quel moment de la journée pensez-vous souffrir de mauvaise haleine ?
- Quelqu'un vous a-t-il fait une remarque sur votre haleine ?
- Avez-vous un problème de santé, des problèmes dentaires ?
- Consommez-vous souvent de l'ail, de l'oignon, du café, des produits laitiers, des aliments hyper protéinés ou des boissons alcoolisées ?
- Consommez-vous du tabac ? Prenez-vous des médicaments ?
- Portez-vous une prothèse dentaire amovible ?
- Comment vous brossez-vous les dents ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire, avec brossage de la langue.
- Avoir une alimentation équilibrée, en évitant les aliments responsables des composés soufrés volatiles.
- Conseiller une visite annuelle chez le dentiste.
- Utiliser un révélateur de plaque dentaire régulièrement.
- Utilisation de bain de bouche avec du zinc.
- Utilisation de sprays ou pastilles mentholés.
- Donner les consignes d'entretien pour les prothèses dentaires.
- Ne pas jeûner. Ne pas fumer.
- Stimuler la salivation : utiliser des chewing-gum/pastilles sans sucre, conseiller une hydratation importante.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- Toutes les halitoses d'origine non buccales et non alimentaires : prise en charge médicale, la pseudo-halitose ou l'halitophobie : prise en charge psychologique ou psychiatrique.
- La présence d'une pathologie bucco-dentaire.

Les colorations dentaires :

Quelles questions poser :

- Depuis combien de temps avez-vous constaté les colorations ?
- Comment vous brossez-vous les dents ?
- Avez-vous consulté votre dentiste récemment ?
- Prenez-vous un traitement actuellement ?
- Consommez-vous du tabac ?
- Avez-vous des douleurs ou sensibilités dentaires ?
- Que recherchez-vous ? Un traitement antitache, ou un blanchiment ?
- Rechercher la consommation d'aliments colorants.

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire, et le rôle de la plaque dentaire dans les dyschromies.
- Conseiller l'arrêt des aliments qui vont colorer les dents.
- Conseiller une visite annuelle chez le dentiste.
- Recommander l'arrêt du tabac.
- Utilisation d'un dentifrice abrasif en alternance avec un dentifrice fluoré.
- Utilisation d'une brosse à dent « blancheur ».
- Informer sur les risques des dentifrices « maison » trop abrasifs et ceux des kits de blanchiments achetés sur internet.

Les limites du conseil :

- L'hypersensibilité dentinaire.
- La présence d'une maladie parodontale ou pulpaire associée.
- La présence d'anomalies de l'émail ou de la dentine.

Les affections suite aux soins dentaires :

Quelles questions poser :

- Avez-vous des saignements ?
- Quand l'acte a-t-il eu lieu ?
- Avez-vous un problème de santé ? Prenez-vous un traitement augmentant les risques de saignement ?
- Avez-vous de la fièvre ?
- Avez-vous constaté un gonflement ?

Les conseils en officine :

- Faire des rappels sur l'hygiène bucco-dentaire.
- En l'absence d'extraction dans les 48h qui précèdent, utilisation d'un bain de bouche antiseptique possible.
- Ne pas cracher, mordre sur une compresse stérile en cas de saignements.
- Poche de glace si œdème.
- Ne pas consommer de tabac ni d'alcool.
- Se mettre au repos, ne pas pratiquer de sport violent.
- Faire attention aux morsures si persistance de l'effet anesthésique au-delà du soin.
- Possibilité de proposer un traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- Présence de fièvre, douleurs ne cédant pas aux antalgiques, nausées ou vomissements, saignements continus ou œdèmes importants.
- **Consultation chez le dentiste de façon urgente en présence d'un de ces signes.**

Les doléances prothétiques :

Quelles questions poser :

- Depuis combien de temps portez-vous la prothèse ?
- Est-elle stable ?
- Comment l'entretenez-vous ?
- Avez-vous consulté votre dentiste récemment ?

Les conseils en officine :

- Rassurer le patient si la prothèse est récente.
- L'encourager à des visites annuelles chez le dentiste, même pour l'édenté.
- Redonner les consignes d'entretien et de conservation des prothèses.
- Faire un rappel des consignes hygiéno-diététiques.
- Utilisation de crème adhésive.
- Si présence de petites blessures buccales :
 - Bain de bouche antiseptique.
 - Crème/gel buccal : avec action anesthésiante/antiseptique/cicatrisante.
 - Possibilité de traitement adjuvant par homéo/phyto/aromathérapie.

Les limites du conseil :

- Les prothèses non adaptées, cassées ou anciennes.
- La présence d'une maladie parodontale ou pulpaire associée.
- Des lésions/blessures récidivantes, longues à cicatriser.
- La présence de troubles de la mastication, de la déglutition, de la salivation ou de la phonation.
- **Consultation chez le dentiste de façon urgente en présence d'un de ces signes.**

Conclusion :

Nous nous sommes intéressés dans ce travail aux pathologies bucco-dentaires fréquemment rencontrées en officine et face auxquelles le pharmacien d'officine va devoir jouer un rôle important. Du fait de sa proximité, et de sa disponibilité, sans délai, le patient présentant des maux bucco-dentaires va se tourner en premier lieu vers la pharmacie la plus proche pour obtenir conseils et traitements.

Nous avons constaté, au cours de notre pratique, que les conseils ou médications donnés aux patients n'étaient pas toujours adéquats.

C'est pourquoi nous avons cherché à réaliser une enquête portant sur les attitudes des pharmaciens d'officine en Lorraine face aux doléances buccodentaires. Celle-ci a été distribuée auprès de cent-vingt-neuf pharmaciens. Elle comportait quatre cas cliniques, et huit questions nous permettant de définir la population étudiée.

De cette enquête, il ressort que presque un tiers des personnes interrogées ne se sentent pas à l'aise lorsqu'il s'agit de prendre en charge une doléance bucco-dentaire. De plus certaines médications ont été données alors qu'elles ne sont pas recommandées. Le caractère urgent ou non de la prise en charge des pathologies décrites dans les cas cliniques ne semble pas toujours évident pour les pharmaciens interrogés. Ce sont pourtant eux qui vont conseiller au patient de se rendre rapidement ou non chez leur dentiste.

Le rôle principal du pharmacien devrait être de donner des conseils hygiéniques et diététiques pour prévenir l'apparition, l'aggravation et la récurrence des pathologies bucco-dentaires. Ses connaissances de ces pathologies sont donc primordiales. D'après notre enquête, ces conseils ne sont pas toujours donnés.

Le pharmacien devrait être certain que le patient qui quitte son officine a compris sa pathologie, mais également les traitements qui lui ont été proposés.

Le paracétamol et les AINS sont les deux principaux médicaments oraux qui sont conseillés aux patients en cas de douleurs bucco-dentaires, cependant, leur mésusage est fréquent (ANSM, 2019). L'ANSM a donc pris la décision en Décembre 2019 de ne plus laisser ces médicaments en libre-accès. Cela a pour but de renforcer les échanges entre le patient et son pharmacien. Peut-être ce rapprochement permettra-t-il également au pharmacien d'étendre son conseil, et de prodiguer plus

régulièrement des rappels hygiéno-diététiques concernant la pathologie qui a poussé le patient à venir le voir.

Références bibliographiques :

1. Baumann V. Homéopathie pratique : Le guide pour toute la famille. Paris : Larousse ; 2018. 256 p.
2. Bisson C, Ejeil AL, Dridi SM. L'halitose : prise en charge en omnipratique. Rev Odonto-Stomatol. 2012 ; 41 : 191-197.
3. Boiron M, Roux F, Voirin F. Homéopathie ORL : oto-rhino-laryngologie. Puteaux : Éditions Le moniteur des pharmacies ; 2011. 126 p.
4. Bonnot J, Pillon F. Quel conseil pharmaceutique en cas de poussées dentaires ? Actual pharm. 2012 ; 51(518) : 43-46.
5. Bontemps F. Le conseil à l'officine dans la poche. 11^e édition. Paris : Pro Officina ; 2019. 160 p.
6. Boschini F, Boutigny H, Delcourt-Debruyne E. Maladies gingivales induites par la plaque. EMC - Dentisterie. 2004 ; 1(4) : 462-480.
7. Boukhobza F. Homéopathie clinique pour le chirurgien-dentiste. Malakoff : CDP ; 2016. 221 p.
8. Boulinguez S, Cornée-Leplat I, Bouyssou-Gauthier ML, Bedane C, Bonnetblanc JM. Aphtes induits par les médicaments : analyse de la littérature. Ann Dermatol Vénéréol. 2000 ; 127(2) : 155-158.
9. Brännstrom M. The hydrodynamic theory of dentinal pain: sensation in preparations, caries, and the dentinal crack syndrome. J Endod. 1986; (12)10: 453-457.
10. Brooks JK, Bashirelahi N, Reynolds MA. Charcoal and charcoal-based dentifrices: A literature review. J Am Dent Assoc. 2017; 148(9): 661-670.
11. Browne D, Whelton H, O'Mullane. Fluoride metabolism and fluorosis. J Dent, 2005; 33(3): 177-186.
12. Buxeraud, J. Rôle du pharmacien dans la maladie parodontale. Actual pharm. 2011 ; 50(508) : 43-46.
13. Buxeraud, J. L'hypersensibilité dentinaire, quel conseil à l'officine ? Actual pharm. 2010 ; 499(49) : 45-50.
14. Chornomydz I, Boyarchuk O, Chornomydz A. Reye syndrome : a problem everyone should remember. Georgian Med News. 2017; (272): 110-118.

15. Clément M, Marcoux C. Les dyschromies dentaires. Malakoff : Editions CdP ; 2018. 208 p.
16. Crimi S, Fiorillo L, Bianchi A, D'Amico C, Amoroso G, Gorassini F, et coll. Herpes Virus, Oral Clinical Signs and QoL : Systematic Review of Recent Data. *Viruses*. 2019; 11(5): 463.
17. Cummins D. Dentin hypersensitivity: from diagnosis to a breakthrough therapy for everyday sensitivity relief. *J Clin Dent*. 2009; 20(1): 1-9.
18. Davies GM, Worthington HV, Ellwood RP, Bentley EM, Blinkhorn AS, Taylor GO, et coll. A randomised controlled trial of the effectiveness of providing free fluoride toothpaste from the age of 12 months on reducing caries in 5-6 year old children. *Community Dent Health*. 2002; 19(3): 131-136.
19. Dentino AR, Kassab MM, Renner EJ. Prevention of Periodontal Diseases. *Dent Clin North Am*. 2005; 49(3): 585-586.
20. DiAngelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et coll. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatol*. 2012; 28(1) : 2-12.
21. D'Incau E, Couture-Veschambre C, Lалуque JF, et coll. Usure des structures dentaires. *EMC - Médecine buccale*. 2019 ; 12(5) : 1-13.
22. Emerich K, Kaczmarek J. First aid for dental trauma caused by sports activities: state of knowledge, treatment and prevention. *Sports Med*. 2010; 40(5): 361-366.
23. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: Epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 57(5): 737-763.
24. Ferey D. *Conseils en pharmacie*. 2^e édition. Paris : Edition Maloine ; 2014. p. 219-221.
25. Festy D. *Ma bible des huiles essentielles*. Paris : Leduc ; 2008. p.153-376.
26. Galonsky V, Kostritsky I, Chernov V, Gradoboev A. The Problem of Patients' Adaptation to Full Removable Dentures. *Med Univ*. 2018; 2(3): 66-73.
27. Guenane Y. L'halitose : origine, classification et traitement. *Médecine Orale*. 2014 ; 5(2) : 75-78.
28. Gutiérrez-Venegas G, Guadarrama-Solís A, Muñoz-Seca C, Arreguín-Cano JA. Hydrogen peroxide-induced apoptosis in human gingival fibroblasts. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015; 8(12): 15563-15572.

29. Hégo J. L'homéopathie en pratique odonto-stomatologique. Sainte-Foy-lès-Lyon : Boiron ; 2002. 101 p.
30. Herlofson BB, Barkvoll P. Sodium lauryl sulfate and recurrent aphthous ulcers: a preliminary study. *Acta Odontol Scand.* 1994 ; 52(5) : 257-259.
31. Horst JA, Tanzer JM, Milgrom PM. Fluorides and other preventive strategies for tooth decay. *Dent Clin North Am.* 2018; 62(2): 207–234.
32. Hu L, Zhou M, Young A, Zhao W, Yan Z. In vivo effectiveness and safety of probiotics on prophylaxis and treatment of oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2019; 19(1): 140.
33. Poncet JE. Homéopathie pédiatrique : Thérapeutique en pathologie aiguë. Sainte-Foy-lès-Lyon : Editions Boiron ; 2002. 223 p.
34. Karpiński TM, Szkaradkiewicz AK. Chlorhexidine pharmaco-biological activity and application. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015; 19(7): 1321-1326.
35. Kashyap AS, Sharma HS. Discolouration of permanent teeth and enamel hypoplasia due to tetracycline. *Postgrad Med J.* 1999; 75(890): 772.
36. Kolokotronis A, Doumas S. Herpes simplex virus infection, with particular reference to the progression and complications of primary herpetic gingivostomatitis. *Clin Microbiol Infect.* 2006; 12(3): 202–211.
37. Lamendin H, Toscano G, Requirand P. Phytothérapie et aromathérapie buccodentaires. *EMC - Dentisterie.* 2004 ; 1(2) : 179–192.
38. Lasfargues JJ, Machtou P. Dictionnaire francophone des termes d'odontologie conservatrice. Paris : Espace ID ; 2010. 112 p.
39. Laurent R. Herpès. *Akos : Encyclopédie Pratique de Médecine* ; 2005. 8 p.
40. Lestelle ML. Les pathologies bucco-dentaires. *Actual pharm.* 2010 ; 49(495) : 15-19.
41. Laurent M, Gogly B, Thamasebi F, Paillaud E. Les candidoses oropharyngées des personnes âgées. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2011 ; 9(1) : 21-28.
42. Martel J. Altération du goût d'origine médicamenteuse. *Pharmactuel.* 2002 ; 35(3) : 122-127.
43. Masson JL. L'homéopathie de A à Z. Paris : Edition Marabout ; 2003. 352 p.
44. Miara A, Miara P. Traitements des dyschromies en odontologie. Rueil-Malmaison : éditions CdP ; 2006. 124 p.
45. Montain B. Traité d'aromathérapie buccodentaire. Paris : Guy Trédaniel ; 2002. 258 p.

46. Naulin-ifi C. Traumatismes dentaires : Du diagnostic au traitement. Rueil-Malmaison : CdP ; 2005. 165 p.
47. Nolan A, Baillie C, Badminton J, Rudralingham M, Seymour RA. The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of recurrent aphthous ulcération. *J Oral Pathol Med.* 2006; 35(8): 461-465.
48. Omar F, Ab-Ghani Z, Rahman NA, Halim MS. Nonprescription Bleaching versus Home Bleaching with Professional Prescriptions: Which One is Safer? A Comprehensive Review of Color Changes and Their Side Effects on Human Enamel. *Eur J Dent.* 2019; 13(4): 589-598.
49. Ouhayoun JP. Le traitement parodontal : en omnipratique. Paris : Quintessence international ; 2011. 192 p.
50. Ourad S, Chbicheb S, Elwady W. Aphtoses buccales. *Web journal du dentiste.* 2013 ; 7(1) : 17-23.
51. Pahumunto N, Sophatha B, Piwat S, Teanpaisan R. Increasing salivary IgA and reducing *Streptococcus mutans* by probiotic *Lactobacillus paracasei* SD1: A double-blind, randomized, controlled study. *J Dent Sci.* 2019; 14(2): 178–184.
52. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH et coll. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45(suppl 20): 162–170.
53. Pertot W, Simon S. Le traitement endodontique. Paris : Éditions Quintessence Internationale ; 2009. 128 p.
54. Piette E, Coulon J. Aphtes banals, aphtose buccale récidivante et maladie de Behçet. *EMC - Médecine Buccale.* 2008 ; 3(1) : 1-21. [Article 28-245-C-10]
55. Pillon F, Pillot G. Rôle du pharmacien d'officine dans l'entretien des prothèses et appareils dentaires. *Actual Pharm.* 2015 ; 54(546) : 47–50.
56. Prescrire rédaction. Paracetamol: gare aux surdosages involontaires. *Prescrire.* 2010 ; 30(325) : 825-832.
57. Purra AR, Mushtaq M, Acharya SR, Saraswati V. A comparative evaluation of propolis and 5.0% potassium nitrate as a dentine desensitizer: A clinical study. *J Indian Soc Periodontol.* 2014; 18(4): 466-471.
58. Quemoun AC. Ma bible de l'homéopathie. Paris : Leduc ; 2013. 694 p.
59. Reisine S, Douglas JM. Psychosocial and behavioural issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998; 26(1): 32-44.

60. Saint-Jean M, Tessier MH, Barbarot S, Billet J, Stalder JF. Pathologie buccale de l'enfant. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2010 ; 137(12) : 823-837.
61. Shao J, Xiong L, Zhang MX, Wang TM, Wang CZ. Report: Synergism of sodium bicarbonate and baicalin against clinical *Candida albicans* isolates via broth microdilution method and checkerboard assay. *Pak J Pharm Sci.* 2019; 32(3): 1103-1105.
62. Singh A, Verma R, Murari A, Agrawal A. Oral candidiasis: An overview. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2014; 18(1): 81-85.
63. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux buccodentaires. *Med Buccale Chir Buccale.* 2012 ; 18(3) : 251-314.
64. Soudek L, McLaughlin R. Fad over fatality? The hazards of amber teething necklaces. *Paediatr Child Health.* 2018; 23(2): 106-110.
65. Struzycka I. The oral microbiome in dental caries. *Pol J Microbiol.* 2014; 63(2): 127–135.
66. Tenenbaum A, Veille-Finet A, Bodineau-Mobarak A. Hygiène et entretien des prothèses dentaires amovibles. *Soins Gériatrie.* 2008 ; 13(70) : 45-46.
67. Thomas MB, Moran N, Smart K, Crean S. Paracetamol overdose as a result of dental pain requiring medical treatment: two case reports. *Br Dent J.* 2007; 203(1): 25-28.
68. Touzi S, Cavelier S, Chantereau C, Tavernier B. Vieillesse des structures dentaires et périodontaires. *EMC - Médecine buccale.* 2011 ; 7(1) : 1-10. [Article 28-020-I-10]
69. Vaillant L, Parent D. Aphtes, aphtose, maladie de Behçet. *EMC - Dermatologie.* 2016 ; 11(1) : 1-10. [Article 98-838-A-10]
70. Wakura M, Yasuno Y, Shimura M, Sakamoto S. Clinical characteristics of halitosis: differences in two patient groups with primary and secondary complaints of halitosis. *J Dent Res.* 1994; 73(9): 1568-1574.
71. Wolf H, Rateitschak EM, Rateitschak KH. *Parodontologie.* 3^e édition. Paris : Masson ; 2005. p.324-342.
72. Wu L, Geng K, Gao Q. Early Caries Preventive Effects of Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Phosphate (CPP-ACP) Compared with Conventional Fluorides: A Meta-analysis. *Oral Health Prev Dent.* 2019; 17(6): 495-503.

73. Yaegaki K, Coil JM. Examination, classification and treatment of halitosis: clinical perspectives. J Can Dent Assoc. 2000; 66(5): 257-261.
74. Zadik Y, Levin L, Shmuly T, Sandler V, Tarrasch R. Recurrent aphthous stomatitis: stress, trait anger and anxiety of patients. J Calif Dent Assoc. 2012; 40(11): 879 -883.
75. Zokkar N, Jemaa M, Ghofrane M, Zouiten S. L'hypersensibilité dentinaire : choix d'une thérapeutique adaptée. J Ordre Dent Qué. 2013 ; 50(1) : 7-14.
76. Zyla T, Kawala B, Antoszevska J. Black Stain and Dental Caries: A Review of the Literature. BioMed Res Int. 2015; 2015(1): 1-6.

Références bibliographiques électroniques :

1. AMELI. Examen bucco-dentaire des femmes enceintes [Internet]. 2019 [Consulté le 20/11/19]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/soin-ebd-femmes-enceintes/soin-ebd-femmes-enceintes>
2. AMELI. Poussée dentaire : les bons réflexes et les cas où il faut consulter [Internet]. 2019 [Consulté le 21/11/19]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/poussee-dentaire/bons-reflexes-cas-faut-consulter>
3. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Paracétamol et risque pour le foie [Internet]. 2019 [Consulté le 20/07/19]. Disponible sur : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communique-Communique-Points-presse/Paracetamol-et-risque-pour-le-foie-un-message-d-alerte-ajoute-sur-les-boites-de-medicament-Communique>
4. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Anti-inflammatoires non-stéroïdiens et complications infectieuses graves [Internet]. 2013 [Consulté le 22/02/19]. Disponible sur : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-et-complications-infectieuses-graves-Point-d-Information>
5. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Bon usage du paracétamol et des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) : l'ANSM

veut renforcer le rôle de conseil du pharmacien [Internet]. 2019 [Consulté le 29/12/19]. Disponible sur : <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bon-usage-du-paracetamol-et-des-anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-l-ANSM-veut-renforcer-le-role-de-conseil-du-pharmacien-Point-d-Information>

6. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Syndrome de Reye et Aspirine [Internet]. 2002 [Consulté le 20/09/19]. Disponible sur : <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Syndrome-de-Reye-et-Aspirine>
7. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. [Internet]. 2008 [Consulté le 21/02/19]. Disponible sur : http://anm.sante.fr/var/anm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf
8. Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie. Candidoses [Internet]. 2014 [Consulté le 20/01/19]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/candidoses/site/html/cours.pdf>
9. Baudet A, Clément C, Mercier T. Impact des drogues sur la santé bucco-dentaire [Internet]. 2018 [Consulté le 21/02/2019]. Disponible sur : <http://www.maad-digital.fr/decryptage/impact-des-drogues-sur-la-sante-bucco-dentaire>
10. GC. MI Paste Plus de GC [Internet]. [Consulté le 12/08/19]. Disponible sur : https://www.tooth-mousse.fr/fs/Root/e3jkb-GC_MI_Paste_Plus_leaflet.pdf
11. Haute Autorité de Santé. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans [Internet]. 2005 [Consulté le 18/02/19]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf
12. Haute Autorité de Santé. Parodontopathie : Diagnostic et traitements [Internet]. 2002 [Consulté le 21/02/19]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_recos.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [Consulté le 21/02/19] Disponible sur : <https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-

10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

14. IFOP-Enquête Dentaly. L'accès aux soins dentaires et le reste à charge pour les prothèses [Internet]. 2018 [Consulté le 21/06/19]. Disponible sur : <https://www.dentaly.org/ifop-dentaly-2018/>
15. Organisation Mondiale de la Santé. Herpès (virus de l'herpès) [Internet]. 2019 [Consulté le 18/02/19]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
16. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS publie un nouveau rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde [Internet]. 2004 [Consulté le 21/11/18]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/fr/>
17. Ordre national des Pharmaciens. Démographie des pharmaciens [Internet]. 2019 [Consulté le 18/08/19]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>
18. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux buccodentaires [Internet]. [Consulté le 21/02/2019]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations_foyers_infectieux_1.pdf
19. VIDAL. Fluor [Internet]. 2017 [Consulté le 21/02/19]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/substances/1522/fluor>

Annexe

Questionnaire de Thèse

Madame, Monsieur.

Bonjour, je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse d'exercice en Odontologie. Je réalise actuellement une enquête en Lorraine au travers de quatre situations cliniques sur l'attitude des pharmaciens face aux doléances bucco-dentaires rencontrées en officine.

Le questionnaire est rapide à compléter (moins de 10 minutes).
Plusieurs choix sont possibles pour chaque question.

Je vous remercie beaucoup pour votre aide.

Philippine B.

Cas
numéro
1 :

Un patient, sans problème de santé, se présente avec une forte douleur (Evaluation numérique de la douleur(EN) =8/10) localisée sur une dent depuis trois jours, insomniant depuis la veille. Ce n'est pas le premier épisode douloureux ressenti sur cette dent, cariée et cassée depuis plusieurs mois selon le patient. Celui-ci vous précise n'avoir pas vu de chirurgien-dentiste depuis au moins 5 ans. Il n'a pas de problème de santé particulier et ne présente pas d'altération de l'état général. Il vous demande un médicament pour le soulager, et précise que la prise de Paracétamol est inefficace.

1. Que lui proposez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rien
- D'aller consulter chez son dentiste ou médecin traitant
- Des conseils hygiéno-diététiques sur la maladie carieuse
- Du Paracétamol
- Un AINS
- Un bain de bouche antiseptique
- Autre (aromathérapie, homéopathie etc.)

2. Si vous avez coché les cases "AINS", "bain de bouche" ou "autre", veuillez préciser la molécule ou le produit que vous proposez :

3. Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui et de façon urgente
- Oui, sans caractère d'urgence
- Non

Si le même patient s'était présenté avec une tuméfaction jugale :

4. Vous lui auriez proposé :

Plusieurs réponses possibles.

- Rien
- D'aller consulter chez son dentiste ou médecin traitant
- Des conseils hygiéno-diététiques sur la maladie carieuse
- Du Paracétamol
- Un AINS
- Un bain de bouche antiseptique
- Autre (aromathérapie, homéopathie etc.)

5. Si vous avez coché les cases "AINS", "bain de bouche" ou "autre", veuillez préciser la molécule ou le produit que vous proposez :

6. Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui et de façon urgente
- Oui, sans caractère d'urgence
- Non

Cas
numéro
2 :

Une patiente, sans problème de santé, se présente et vous explique qu'elle est gênée par des saignements importants de sa gencive lors du brossage de ses dents et par une halitose. Le brossage étant même devenu très désagréable depuis une semaine voire douloureux sur certaines zones. L'halitose est perçue tout au long de la journée, depuis plusieurs mois. Elle vous montre ses gencives qui sont très inflammatoires. La patiente est fumeuse depuis de nombreuses années, elle est porteuse de prothèses dentaires amovibles et elle vous précise se brosser les dents 2 fois par jour avec une brosse à dent souple, et n'a pas vu de dentiste depuis 2 ans. Elle vous demande de la conseiller pour stopper les saignements et l'halitose.

7. Que lui proposez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rien
- D'aller consulter chez son dentiste ou médecin traitant
- L'utilisation de brossettes interdentaires
- L'utilisation de fil dentaire
- Un bain de bouche ou gel buccal antiseptique
- L'utilisation d'un révélateur de plaque dentaire
- L'utilisation d'un dentifrice ou pâte gingival « spécial gencive »
- L'utilisation d'un dentifrice ou pâte gingival « spécial halitose »
- L'utilisation de bains de bouche au bicarbonate de sodium
- Des pastilles ou sprays / bains de bouche dits « rafraichissants »
- Des conseils hygiéno-diététiques sur les maladies parodontales
- Des conseils hygiéno-diététiques sur l'halitose
- Des conseils sur l'entretien des prothèses
- Autre (aromathérapie, homéopathie etc.)

8. Si vous avez coché la case "autre", veuillez préciser la molécule ou le produit que vous proposez :

9. Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui et de façon urgente
- Oui, sans caractère d'urgence
- Non

Cas
numéro
3 :

Un patient, sans problème de santé, se présente à votre officine et vous demande un traitement pour une lésion buccale qu'il assimile à un aphte. Il vous montre une lésion de petite taille, isolée, plate, à fond jaunâtre, entourée d'un halo inflammatoire rouge. Il vous signale être extrêmement stressé en ce moment, et a consommé récemment des noix.

10. Que lui proposez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rien
- D'aller consulter chez son dentiste ou médecin traitant
- Des conseils hygiéno-diététiques pour éviter les récurrences et surinfections
- Un AINS
- Du Paracétamol
- Un collutoire anesthésique/antiseptique
- Des pastilles ou comprimés antalgiques et antiseptiques à sucer
- Du gel ou crème contenant un anesthésique local
- Un bain de bouche antiseptique
- Un bain de bouche contenant de l'acide hyaluronique
- Autre (aromathérapie, homéopathie etc.)

11. Si vous avez coché les cases "AINS", "bain de bouche antiseptique" ou "autre", veuillez préciser la molécule ou le produit que vous proposez :

12. Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui et de façon urgente
- Oui, sans caractère d'urgence
- Non

Cas
numéro
4 :

Le patient qui se présente à l'officine est un enfant de 11 ans, qui vient de chuter il y a 1 heure, il est accompagné par sa maman. Le choc n'a pas été très violent selon les dires de la mère de l'enfant. Il est tombé sur ses incisives centrales supérieures et se plaint d'une légère douleur à la mastication et à la palpation (EN =2/10), ainsi que d'une très légère mobilité, mais les dents ne sont pas déplacées. La maman décrit la présence d'un léger saignement de la gencive sur le pourtour des dents concernées au moment de la chute, arrêté actuellement. Il n'y a pas d'autres plaies buccales. L'enfant ne présente pas de problème de santé particulier. La mère vous demande conseil pour la prise en charge de la douleur et le nettoyage de la zone.

13. Que lui proposez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rien
- D'aller consulter chez son dentiste ou médecin traitant
- Un AINS
- Du Paracétamol
- Un bain de bouche antiseptique
- Autre (aromathérapie, homéopathie etc.)

14. Si vous avez coché les cases "AINS", "bain de bouche" ou "autre", veuillez préciser la molécule ou le produit que vous proposez :

15. Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui et de façon urgente
 Oui, sans caractère d'urgence
 Non

La maman vous demande également ce que vous pouvez lui proposer car elle souffre régulièrement de sensibilité dentaire surtout lorsqu'elle boit de l'eau ou mange des aliments très froids. A l'interrogatoire, elle vous apprend qu'elle fume 20 cigarettes par jour depuis plus de 10 ans, et qu'elle consomme régulièrement des sodas. Elle effectue un ou deux brossages par jour, avec une brosse à dent dure, et un dentifrice blanchissant.

16. Que lui proposez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rien
 D'aller consulter chez son dentiste ou médecin traitant
 Vous prodiguez à la patiente des conseils hygiéno-diététiques
 L'utilisation de gels ou pâtes dentifrices renfermant des agents désensibilisants
 L'utilisation d'une brosse à dent souple ou ultra souple
 L'utilisation de bains de bouche pour dents sensibles
 Autre (aromathérapie, homéopathie etc.)

17. Si vous avez coché la case "autre", veuillez préciser la molécule ou le produit que vous proposez :

18. Pensez-vous que cette symptomatologie nécessite une prise en charge chez un chirurgien-dentiste ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui et de façon urgente
 Oui, sans caractère d'urgence
 Non

Pour finir :

19. Quelle est votre année de naissance ?

20. Êtes-vous?

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

21. Dans quel département exercez-vous?

22. Depuis combien de temps exercez-vous votre métier de pharmacien?

Une seule réponse possible.

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 11 et 20 ans

Plus de 20 ans

23. Si vous êtes titulaire, depuis combien de temps possédez-vous votre officine?

Une seule réponse possible.

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 11 et 20 ans

Plus de 20 ans

Je ne suis pas titulaire

24. Combien de pharmaciens travaillent dans votre officine?

Une seule réponse possible.

1

2

3

4 et plus

25. Combien de préparateurs en pharmacie travaillent au sein de cette pharmacie?

Une seule réponse possible.

Aucun

1

2

3

4 et plus

26. D'une manière générale, vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux doléances bucco-dentaires de vos patients ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

27. Savez-vous qu'il existe un système de chirurgien-dentiste de garde en place les dimanches et jours fériés? Le numéro du dentiste de garde vous est communiqué en appelant notamment le 15.

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

28. Avez-vous des commentaires ou précisions à apporter?

Un grand merci pour votre participation !

Table des matières :

Sommaire :	9
Liste des figures :	10
Liste des Tableaux :	11
Introduction :	12
1. Les principales doléances bucco-dentaires rencontrées en officine	13
1.1. Les douleurs et sensibilités dentaires.....	15
1.1.1. L'hypersensibilité dentinaire.....	15
1.1.2. Les pathologies pulpaires	18
1.1.3. Les pathologies parodontales.	26
1.1.4. Les poussées dentaires chez le nourrisson	31
1.2. Les lésions et traumatismes buccaux.....	33
1.2.1. Les aphtes.	33
1.2.2. Les mycoses buccales à <i>Candida albicans</i>	37
1.2.3. L'herpès.	39
1.2.4. Les traumatismes buccaux et dentaires.....	42
1.2.5. Les affections suite aux soins dentaires.	46
1.3. L'hygiène bucco-dentaire et l'halitose.....	47
1.3.1. Le nettoyage bucco-dentaire.	47
1.3.2. L'halitose.....	50
1.4. Les colorations dentaires.....	54
1.5. Les doléances prothétiques.....	56
2. Enquête sur l'attitude des pharmaciens en Lorraine face aux doléances bucco-dentaires.....	60
2.1. Matériels et méthodes.	60
2.1.1. Type d'étude.	60
2.1.2. Recueil des informations.....	60
2.1.3. L'enregistrement des données.....	60
2.2. Résultats.	61
2.2.1. Quelle est votre année de naissance ?	61
2.2.2. Êtes-vous une femme ou un homme ?	61
2.2.3. Depuis combien de temps exercez-vous le métier de pharmacien ? Et, si vous êtes titulaire, depuis combien de temps possédez-vous votre officine ? ...	62
2.2.4. Combien de pharmaciens travaillent dans votre officine ? Et combien de préparateurs en pharmacie travaillent au sein de votre officine ?	64

2.2.5. D'une manière générale, vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux doléances bucco-dentaires de vos patients ?	65
2.2.6. Savez-vous qu'il existe un système de chirurgien-dentiste de garde en place les dimanches et jours fériés ?	66
2.2.7. Cas clinique numéro un :	66
2.2.8. Cas clinique numéro deux :	69
2.2.9. Cas clinique numéro trois :	72
2.2.10. Cas clinique numéro quatre :	73
3. Discussion : Améliorer la prise en charge des patients via la réalisation de fiches conseil	77
Conclusion :	94
Références bibliographiques :	96
Références bibliographies électroniques :	101
Annexe	104

Vu la demande du doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine sur le rapport du jury :

Président : J.M. MARTRETTE – Professeur des universités
Co-Directeur de thèse : K. YASUKAWA – Maître de conférences des universités
Co-Directeur de thèse : C. EGLOFF-JURAS – Maître de conférences des universités
Membre du jury : D. JOSEPH – Maître de conférences des universités

le président de l'université de Lorraine autorise

Madame Philippine BIBLOT

née à ÉPINAL (Vosges) le 29 novembre 1989,

à **soutenir le vendredi 17 juillet 2020**

et imprimer sa thèse en vue d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire intitulée :

« Doléances bucco-dentaires : attitude des pharmaciens d'officine en Lorraine. »

Nancy, le

N° autorisation : **11200 C - BIBLOT**

Le président de l'université de Lorraine



P. MUTZENHARDT

BIBLOT Philippine - Doléances bucco-dentaires : Attitude des pharmaciens d'officine en Lorraine.

Nancy 2020 : 113 pages, 23 figures, 1 tableau.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2020

Mots-clés :

- **Santé bucco-dentaire**
- **Doléances bucco-dentaires**
- **Conseil en officine**
- **Pathologies bucco-dentaires**
- **Automédication**

Résumé :

Le pharmacien d'officine est souvent sollicité en première intention par les patients qui présentent des doléances bucco-dentaires. Dans notre exercice quotidien de chirurgien-dentiste, il nous arrive de constater des conseils ou des délivrances de produits pharmaceutiques inadéquats. Nous avons fait le point sur les différentes situations cliniques qui peuvent amener les patients à consulter leur pharmacien. Puis nous avons cherché à évaluer l'attitude des pharmaciens en Lorraine par l'intermédiaire d'un questionnaire. Enfin, nous avons réalisé des fiches simples sur les doléances fréquemment rencontrées, celles-ci, à destination des pharmaciens, ont pour but de faciliter et standardiser la prise en charge de ces patients.

Jury :

Président : Pr Jean-Marc MARTRETTE

Membre : Dr David JOSEPH

Directeurs de thèse : Dr Kazutoyo YASUKAWA

Dr Claire EGLOFF-JURAS

Adresse de l'auteur :

Philippine BIBLOT
159 Avenue de Strasbourg
54000 NANCY