

CLAUDIO ROSTETTER
HEINZ-THEO LÜBBERS
PHILIPP METZLER

Clinique et policlinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale, Centre de médecine dentaire, Université de Zurich

CORRESPONDANCE

Dr. med. M Dent Med
 Claudio Rostetter
 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Universitätsspital Zürich
 Frauenklinikstrasse 24
 CH-8091 Zürich
 Tél. +41 44 255 11 11
 E-mail:
 Claudio.Rostetter@usz.ch

RÉDACTION

PD Dr. Dr. med. Heinz-Theo Lübbers
 Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Archstrasse 12
 CH-8400 Winterthur
 Tél. +41 52 203 52 20
 E-mail: info@luebbers.ch

Traitement analgésique après des interventions en médecine dentaire

Le naproxène associé à une protection gastrique convient bien au traitement analgésique de base en pratique médico-dentaire en raison de son effet prolongé et de sa faible toxicité cardiovasculaire.

Introduction

En pratique médico-dentaire, les analgésiques les plus couramment prescrits sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que le diclofénac (Voltaren®), l'ibuprofène (Irfen®) ou l'acide méfénamique (Ponstan®). Le profil bénéfice-risque des AINS a été étudié dans une méta-analyse (BHALA ET AL. 2013). Le critère d'évaluation primaire était constitué par le taux d'événements vasculaires majeurs (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux et décès) et par le taux d'hémorragies gastro-intestinales (GI) sous traitement par AINS.

Synthèse des résultats pour différents AINS

Diclofénac

L'efficacité analgésique de 50 mg de diclofénac est élevée, avec un NNT (Number Needed To Treat) de 2,3. La dose maximale est limitée à 150 mg par 24 heures en raison de l'effet de

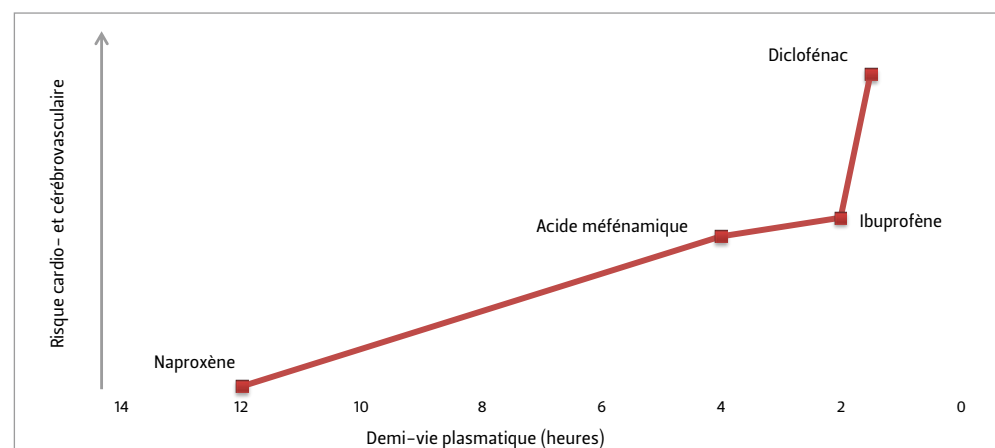
saturation. Le risque d'infarctus du myocarde est augmenté de 70%, le risque d'AVC, de 78%, et le risque d'hémorragie gastro-intestinale supérieure est approximativement doublé.

Ibuprofène

Le NNT est de 2,7 pour 400 mg. Le risque d'infarctus du myocarde est augmenté de 122%, et le risque d'AVC, jusqu'à 133%. Le risque d'hémorragie gastro-intestinale supérieure est augmenté d'environ quatre fois. La demi-vie plasmatique ($T_{1/2}$) est d'environ 2 heures.

Naproxène

Le NNT est de 3,5 pour 500 mg. Le naproxène n'augmente pas le risque d'événements vasculaires (-7%) ou cardiovasculaires (-16%). Sa durée d'action est nettement plus longue ($T_{1/2}$ 12-15 heures). Le risque d'hémorragie gastro-intestinale supérieure est augmenté d'environ quatre fois.



III.1 Risque cardio- et cérébrovasculaire et demi-vie d'élimination plasmatique de différents AINS

Acide méfénamique

Le NNT pour 500 mg est seulement de 4,5 – la valeur la moins bonne – et l'effet clinique de cette substance se manifeste lentement, la concentration efficace maximale étant atteinte après 2–4 heures. En conjonction avec une faible $T_{1/2}$ de 3–4 heures et une posologie quotidienne maximale de 1500 mg, le profil bénéfice–risque de l'acide méfénamique ne semble pas favorable.

Conclusion

Selon les données de la littérature, la prise d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) (YEOMANS ET AL. 1998) normalise ou tout au moins diminue notablement le risque d'hémorragie digestive haute sous traitement par AINS. En raison de son profil de risque cardio- et cérébrovasculaire très favorable et de sa longue demi-vie d'élimination ($T_{1/2}$) de 12–15 heures, favorable du point de vue du confort du patient, le naproxène (500 mg toutes les 12 heures) est recommandé pour le traitement analgésique, en association avec un IPP. Des préparations combinées sont disponibles, p. ex. Vimovo®, composé de 500 mg de naproxène et 20 mg d'ésoméprazole. Ce traitement combiné offre en outre une protection durable contre le risque d'hémorragie gastro-intestinale supérieure, grevée d'un taux de mortalité d'environ 2% (RUIGÓMEZ ET AL. 2000). Lorsque la douleur n'est pas suffisamment contrôlée, il est possible d'administrer en plus jusqu'à 1 g de paracétamol (Dafalgan®) toutes les 6 heures. Le mécanisme d'action du Dafalgan® est différent de celui des AINS; il potentialise leur effet analgésique (MAUND ET AL. 2011) et a, dans l'ensemble, un très bon profil bénéfice–risque.

Abstract

ROSTETTER C, LÜBBERS H-T, METZLER P: **Management of pain relief in dental medicine** (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 126: 928–929 (2016)

This script gives a pragmatic advice for dentists on pain control and anti-inflammatory treatment considering current literature and state of the art of analgesic treatment. Naproxen seems to be the feasible anti-inflammatory painkiller as it has a lower cardiovascular risk profile compared to other NSAID. The higher gastrointestinal bleeding risk can be mitigated using proton-pump inhibitors. Additionally, the duration of the drug effect of about 12–15 hours allows excellent patient compliance and comfort in comparison to other NSAID.

Bibliographie

- BHALA N ET AL.: Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *The Lancet*. 2013 Aug 31; 382 (9894): 769–779.
- YEOMANS N D ET AL.: A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med*. 1998 Mar 12; 338 (11): 719–726.
- RUIGÓMEZ A ET AL.: Overall mortality among patients surviving an episode of peptic ulcer bleeding. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Feb; 54 (2): 130–133.
- MAUND E ET AL.: Paracetamol and selective non-steroidal anti-inflammatory drugs for the reduction in morphine-related side-effects after major surgery: a systematic review. *Br J Anaesth*. 2011; 106: 292–297.

Informations brèves

Les AINS font partie des médicaments les plus couramment prescrits en pratique médico-dentaire. Une méta-analyse a comparé la sécurité thérapeutique de différents AINS. Il s'est avéré que le naproxène présente le profil de risque cardio- et cérébrovasculaire le plus favorable. Le risque accru d'hémorragie gastro-intestinale, qui existe avec tous les AINS, peut être bien contrôlé par les inhibiteurs de la pompe à protons.