



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

# **Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale**

**Recommandations**

Novembre 2005

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en novembre 2005.

**Haute Autorité de santé (HAS)**

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2005. Haute Autorité de santé (HAS)

## SOMMAIRE

---

<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>4</b>
I. PRINCIPES.....	4
II. FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE EN CHIRURGIE BUCCALE .....	4
III. STRATÉGIES PRÉVENTIVES .....	5
III.1. Information du patient.....	5
III.2. Analgésie anticipée .....	5
III.3. Anesthésie .....	5
IV. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES .....	5
IV.1. Principes.....	5
IV.2. Évaluation .....	6
IV.3. Choix de la molécule.....	6
IV.3.1. Douleurs faibles.....	6
IV.3.2. Douleurs modérées à intenses .....	6
— AINS.....	6
— Tramadol .....	6
— Association codéine/paracétamol.....	6
— Association tramadol/paracétamol .....	7
IV.3.3. Douleurs persistantes et résistantes.....	7
IV.4. Traitements en association .....	7
IV.5. Mesures d'accompagnement.....	7
IV.6. Autres traitements.....	7
<b>DEMANDEUR, PROMOTEUR, PARTICIPANTS .....</b>	<b>8</b>

## RECOMMANDATIONS

---

### I. PRINCIPES

Il est recommandé de baser la prévention et le traitement de la douleur postopératoire sur une compréhension des mécanismes multifactoriels sous-jacents à son expression symptomatique. Par conséquent, cette prise en charge doit être globale et non pas exclusivement pharmacologique (accord professionnel).

Il est recommandé de distinguer les douleurs nociceptives, immédiates, et les douleurs neuropathiques, retardées.

Le site des neuropathies post-chirurgicales le plus souvent mentionné est le territoire du nerf alvéolaire inférieur, après avulsion de 3<sup>e</sup> molaire mandibulaire, pose d'implants ou anesthésie locorégionale. La prévalence de ces neuropathies post-chirurgicales est de 10 à 13 % en postopératoire immédiat. Il s'agit le plus souvent d'une dysesthésie temporaire. Elles peuvent évoluer vers des douleurs persistantes dont la prévalence est inférieure à 1 %, après 6 mois.

### II. FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE EN CHIRURGIE BUCCALE

Pour la prévention et le traitement de toute douleur postopératoire en chirurgie buccale, il est recommandé de prendre en compte les facteurs prédictifs de son apparition et de son intensité (grade C) :

- caractéristiques de l'intervention :
  - difficulté opératoire,
  - durée opératoire ;
- niveau d'expérience du chirurgien ;
- caractéristiques du patient :
  - douleur préopératoire,
  - hygiène buccale déficiente,
  - tabagisme,
  - anxiété,
  - dépression,
  - facteurs sociaux défavorables.

Il existe une grande variabilité interindividuelle.

Les facteurs prédictifs des douleurs neuropathiques sont (grade C) :

- les caractéristiques anatomiques (profondeur de l'inclusion, inclinaison linguale de la dent) ;
- la technique opératoire (la durée opératoire, la suppression d'os distal et l'élévation d'un lambeau lingual, la section verticale de la dent, l'utilisation d'instruments rotatifs plutôt que frappés) ;
- le niveau d'expérience du chirurgien ;
- le terrain (existence d'une douleur préopératoire).

### **III. STRATÉGIES PRÉVENTIVES**

#### **III.1. Information du patient**

L'information préalable du patient à propos de la douleur postopératoire est recommandée car cette composante fait partie de la stratégie de prévention.

Elle améliore aussi la satisfaction du patient (grade B) :

- chez les patients faiblement anxieux, il est recommandé de délivrer une information sur le déroulement de l'intervention car cela contribue à rassurer et à diminuer la douleur postopératoire (grade A) ;
- chez les patients présentant d'emblée un état anxieux important, cette information doit être adaptée : il est recommandé d'être attentif car elle peut majorer leur anxiété (accord professionnel).

Conformément à la loi du 4 mars 2002, le praticien doit délivrer au patient une information claire, détaillée et adaptée sur la douleur prévisible après l'intervention envisagée (site, délai, intensité, durée, évolution) et sur les moyens de prévention et de traitements qui peuvent être mis en œuvre (efficacité antalgique, précautions d'emploi, effets indésirables, durée de traitement).

Il est recommandé d'apporter verbalement l'information au cours d'une consultation préopératoire et, éventuellement, de la compléter par un texte écrit reprenant les éléments évoqués lors de l'entretien. Ce texte peut être intégré dans un document plus global sur l'intervention programmée (accord professionnel).

#### **III.2. Analgésie anticipée**

Pour leur première administration, il est recommandé de tenir compte de façon systématique du délai d'action des antalgiques et de la fin prévisible de l'effet de l'anesthésie. Il convient donc, selon le concept d'analgésie anticipée, de les administrer avant l'apparition de la douleur (accord professionnel). Cependant cette anticipation ne doit pas conduire à une administration d'antalgiques préopératoire (concept d'analgésie préventive) qui n'apporte aucun bénéfice antalgique supplémentaire (grade A).

#### **III.3. Anesthésie**

Le choix de l'anesthésique local doit tenir compte de la durée prévisible de l'intervention (accord professionnel). Les anesthésiques locaux ne sont efficaces que le temps du bloc nerveux qu'ils entraînent (plus long pour la bupivacaïne, la L-bupivacaïne et la ropivacaïne que pour la lidocaïne et la mépivacaïne ; absence d'étude consacrée à l'articaïne). La prolongation du bloc nerveux peut entraîner une gêne fonctionnelle difficile à tolérer pour certains patients (accord professionnel).

### **IV. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES**

#### **IV.1. Principes**

Le traitement pharmacologique de la douleur en chirurgie buccale doit être prescrit de manière systématique et pour une durée suffisante, en fonction des facteurs prédictifs identifiés (accord professionnel).

La prescription doit couvrir l'ensemble du nyctémère. Elle doit donc énoncer clairement les horaires des prises du (ou des) médicament(s) qui sont fonction de leur pharmacocinétique et non pas de l'apparition (ou de la réapparition) de la douleur (accord professionnel).

Les prescriptions initiales se limitant à « en cas de douleur » ne sont pas recommandées (accord professionnel).

## IV.2. Évaluation

Dès que possible, l'intensité de la douleur devra être évaluée avec un outil validé afin d'objectiver l'évolution clinique de la douleur (valeur médico-légale) et d'ajuster éventuellement la prescription (accord professionnel). Il est recommandé de standardiser l'évaluation de la douleur grâce à une échelle simple d'utilisation : échelle visuelle analogique (EVA), échelle verbale simple (EVS) ou échelle numérique (EN) (accord professionnel). L'EVS et l'EN sont utilisables par téléphone.

## IV.3. Choix de la molécule

### IV.3.1. Douleurs faibles

Pour les douleurs faibles, le groupe d'experts recommande la prescription en première intention du paracétamol à une posologie efficace (1 000 mg par prise toutes les 6 heures), à chaque fois qu'il n'est pas contre-indiqué (accord professionnel).

### IV.3.2. Douleurs modérées à intenses

Pour des douleurs modérées à intenses ou insuffisamment soulagées par le paracétamol, plusieurs options sont possibles : AINS et opioïdes faibles. Ni les données de la littérature ni un accord professionnel ne permettent de privilégier une des options.

#### — AINS

Ils sont plus efficaces que le paracétamol sur la douleur postopératoire (grade A). Il n'existe pas de preuve de leur efficacité supérieure vis-à-vis des suites opératoires (œdème, trismus) par rapport au paracétamol ou au placebo (grade A). Il est recommandé de ne prescrire que ceux qui ont reçu l'AMM pour cette indication (propioniques et fénamates).

La littérature ne permet pas de sélectionner un AINS plutôt qu'un autre en termes d'efficacité et de tolérance même si l'ibuprofène est un des plus étudiés dans les études sélectionnées.

La prescription des AINS doit être la plus courte possible (grade A) et tenir compte de leurs précautions d'emploi (accord professionnel) : contre-indications, effets indésirables et risque infectieux (grade C).

Aucune voie d'administration n'est supérieure aux autres (grade B). Il faut donc privilégier la voie *per os*.

L'association de deux AINS est à proscrire (accord professionnel).

#### — Tramadol

Son efficacité sur la douleur après chirurgie buccale est dose-dépendante. Il est recommandé de le prescrire à la dose de 50 à 100 mg par prise, toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 400 mg/24 h (grade A). Des effets indésirables (nausées, vomissements, vertiges, somnolence etc.) peuvent être observés ; ils sont dose-dépendants (grade A).

#### — Association codéine/paracétamol

Son efficacité aux dosages appropriés (50 à 60 mg de codéine) est supérieure à celle du paracétamol et comparable à celle des AINS (grade B). Cependant les nausées sont un effet indésirable rapporté. Lorsqu'une intolérance aux AINS est prévisible, on privilégiera une association paracétamol-codéine aux doses efficaces pour obtenir une analgésie de niveau équivalent (grade B).

— *Association tramadol/paracétamol*

Aux doses efficaces, son efficacité antalgique est comparable à celle des AINS (grade A).

#### IV.3.3. Douleurs persistantes et résistantes

Pour des douleurs intenses ou insuffisamment calmées par les antalgiques précédents aux doses efficaces : le groupe d'experts recommande une analgésie multimodale associant AINS (moins de 72 heures et en dehors de leurs contre-indications), paracétamol + codéine ou tramadol *per os* en prise systématique pendant une durée suffisante (en fonction de l'évaluation de la douleur) (accord professionnel).

Les opioïdes forts constituent une alternative, notamment en cas de contre-indications aux AINS ou en cas d'échec de l'analgésie multimodale (accord professionnel).

La persistance ou la réapparition de niveaux de douleur anormalement élevés doit conduire à une consultation postopératoire auprès du chirurgien afin de dépister d'éventuelles complications et d'adapter le schéma analgésique (accord professionnel).

#### IV.4. Traitements en association

Les corticoïdes ne sont pas recommandés seuls mais en association avec les antalgiques : ils ont un effet antalgique modéré en chirurgie buccale (grade A), chez les patients présentant un œdème en tenant compte du risque infectieux et de leurs contre-indications (accord professionnel). Ils pourraient être utiles dans la prévention d'apparition d'une neuropathie (accord professionnel). Leur association aux AINS augmente l'effet antalgique (grade A). Néanmoins, le groupe d'experts ne recommande pas cette association, en raison de la potentialisation des effets indésirables.

#### IV.5. Mesures d'accompagnement

Les principaux effets indésirables doivent être clairement expliqués (accord professionnel). Il est recommandé d'indiquer au patient la conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante, et de préciser sur l'ordonnance les modalités de recours (accord professionnel).

Un accompagnement psychologique préopératoire (grade B) et un soutien psychologique postopératoire (appel téléphonique par exemple, grade A) sont recommandés.

#### IV.6. Autres traitements

Il n'y a pas de données publiées montrant une supériorité significative de l'association paracétamol + dextropropoxyphène sur le paracétamol utilisé seul.

Il n'est pas recommandé de prescrire la dihydrocodéine, car il n'y a aucune preuve de son intérêt dans cette situation.

Au moment de la rédaction de la RPC, l'utilisation des coxibs (anti-cox2) est remise en question. Certains sont retirés du marché. Dans ces conditions et en l'absence d'AMM, le groupe d'experts ne recommande pas leur utilisation en chirurgie buccale.

D'autres approches thérapeutiques à visée antalgique postopératoire ont fait l'objet de publications : acupuncture, lasers, morphine locale, cryothérapie et antibiothérapie. Les données de la littérature ne permettent pas de démontrer leur efficacité antalgique en chirurgie buccale. Ces études ne permettent pas de recommander ces approches (accord professionnel).

---

## DEMANDEUR, PROMOTEUR, PARTICIPANTS

---

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par la Haute Autorité de santé à la demande du Collège national des chirurgiens-dentistes de la douleur.

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999 .

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour participer à ce travail :

- Société française d'anesthésie-réanimation ;
- Société française de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale ;
- Société médicale d'orthopédie dento-maxillo-faciale ;
- Société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale ;
- Association dentaire française ;
- Société française d'étude et de traitement de la douleur ;
- Société française d'odontologie psychosomatique ;
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;
- Collège national des enseignants sous-section 58-03 ;
- Collège des enseignants de santé publique bucco-dentaire ;
- Collège national des chirurgiens-dentistes de la douleur ;
- Société française d'odontologie pédiatrique ;
- Association nationale française des infirmiers et infirmières diplômés d'État ;
- Union française pour la santé bucco-dentaire ;
- Société française d'endodontie.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D<sup>r</sup> François-Xavier HUCHET, chef de projet, sous la direction du D<sup>r</sup> Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles. Le D<sup>r</sup> Xavier DUPONT a rédigé l'argumentaire scientifique faisant la synthèse des données publiées sur le thème.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>me</sup> Mireille CECCHIN, documentaliste, sous la direction de M<sup>me</sup> Rabia BAZI et de M<sup>me</sup> Frédérique PAGÈS. L'assistance documentaire a été assurée par M<sup>lle</sup> Sylvie LASCOLS.

Le secrétariat a été assuré par M<sup>me</sup> Isabelle LE PUIL.

La HAS tient à remercier les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de la commission « Recommandations pour l'amélioration des pratiques » qui ont participé à ce travail et dont les noms suivent.

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

P<sup>f</sup> Marie-Laure BOY-LEFÈVRE, chirurgie-dentaire, Paris  
P<sup>f</sup> Dominique FLETCHER, anesthésie-réanimation, Garches  
D<sup>f</sup> Jean-Noël GODEFROY, chirurgie-dentaire, Cherbourg-La Glacière  
D<sup>f</sup> François-Xavier HUCHET, chef de Projet, HAS, Saint-Denis La Plaine  
D<sup>f</sup> Jean-Baptiste KERBRAT, chirurgie-maxillo-faciale et stomatologie, Rouen  
D<sup>f</sup> Véronique LAVERGNE, évaluateur thérapeutique, Afssaps, Saint-Denis  
P<sup>f</sup> Benoît LEFÈVRE, chirurgie-dentaire, Reims  
P<sup>f</sup> Philippe LIBERSA, chirurgien-dentaire, Lille  
M<sup>me</sup> Corinne NAVARRO, infirmière, Nancy

D<sup>f</sup> Paul PIONCHON, chirurgie-dentaire, Clermont-Ferrand  
D<sup>f</sup> Bruno QUINTARD, psychologie clinique, Bordeaux  
D<sup>f</sup> Catherine RICCI, chirurgie-dentaire, Nice  
P<sup>f</sup> Bernard RICBOURG, chirurgie-maxillo-faciale, Besançon  
D<sup>f</sup> Micheline RUEL-KELLERMAN, chirurgie-dentaire, Paris  
D<sup>f</sup> Françoise VILLETTE, chirurgien-dentiste, Le Mans  
P<sup>f</sup> Germain ZEILIG, chirurgie-dentaire, Paris

---

## GROUPE DE TRAVAIL

---

D<sup>f</sup> Paul PIONCHON, chirurgie-dentaire, Clermont-Ferrand - président du groupe de travail  
D<sup>f</sup> Xavier DUPONT, anesthésie-réanimation, Paris - chargé de projet  
D<sup>f</sup> François-Xavier HUCHET, chef de Projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

D<sup>f</sup> Alp ALANTAR, chirurgie-dentaire, Nanterre  
D<sup>f</sup> Elisabeth COLLIN, généraliste et capacité douleur, Paris  
M<sup>me</sup> Patricia JOOS, infirmière anesthésiste, Lyon  
D<sup>f</sup> Hawa KEITA-MEYER, anesthésie-réanimation, Paris  
D<sup>f</sup> Ludovic LECORNU, stomatologie, Caen  
M. Philippe LESCLOUS, chirurgie-dentaire, Ivry-sur-Seine

P<sup>f</sup> Marie-Cécile MANIÈRE, chirurgie-dentaire, Strasbourg  
D<sup>f</sup> Laurent NAWROCKI, chirurgie-dentaire, Lille  
D<sup>f</sup> Larissa RICBOURG, anesthésie-réanimation et psychiatrie, Besançon  
D<sup>f</sup> Catherine RICCI, chirurgie-dentaire, Nice  
P<sup>f</sup> Jacques-Henri TORRÈS, stomatologie, Montpellier  
D<sup>f</sup> Alain ZERILLI, chirurgie-dentaire, Brest

---

## GROUPE DE LECTURE

---

D<sup>f</sup> Jacques-Christian BEATRIX, chirurgie-dentaire, Nemours  
D<sup>f</sup> Céline BODÉRE, chirurgie-dentaire, Brest  
P<sup>f</sup> Philippe BOUCHARD, chirurgie-dentaire, Paris  
D<sup>f</sup> Yves BOUCHER, chirurgie-dentaire, Paris

D<sup>f</sup> Brice CHATELAIN, chirurgie-maxillo-faciale, Besançon  
P<sup>f</sup> Gilbert DE MELLO, chirurgie-dentaire, Rennes  
D<sup>f</sup> Philippe DENOYELLE, chirurgie-dentaire, Bergerac

M<sup>me</sup> Martine DERZELLE, psychologie clinique, Reims  
D<sup>r</sup> Vianney DESCROIX, chirurgie-dentaire et pharmacie, Paris  
P<sup>r</sup> Étienne DEVEAUX, chirurgie-dentaire, Lille  
D<sup>r</sup> Stéphane DIAZ, chirurgie-dentaire, Granchamp-des-Fontaines  
D<sup>r</sup> Dominique DROZ-DESPREZ, chirurgie-dentaire, Nancy  
P<sup>r</sup> Damien DURAN, chirurgie-dentaire, Toulouse  
P<sup>r</sup> Ahmed FEKI, chirurgie-dentaire, Strasbourg  
D<sup>r</sup> Bernard FLEITER, chirurgie-dentaire, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Christophe FRICAIN, chirurgie-dentaire, Bordeaux  
D<sup>r</sup> Jean-Marc GALEAZZI, chirurgie-dentaire, Nanterre  
D<sup>r</sup> Marie-Thérèse GATT, anesthésie-réanimation, Bobigny  
D<sup>r</sup> Éric GÉRARD, chirurgie-dentaire, Metz  
D<sup>r</sup> Patrick GINIÈS, anesthésie-réanimation et capacité douleur, Montpellier  
P<sup>r</sup> Patrick GOUDOT, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, Montpellier  
D<sup>r</sup> Michel HASSIN, stomatologie, Paris  
P<sup>r</sup> Martine HENNEQUIN, chirurgie-dentaire, Clermont-Ferrand

P<sup>r</sup> Jean-Jacques LASFARGUES, chirurgie-dentaire, Montrouge  
D<sup>r</sup> Brigitte LESTIENNE, anesthésie-réanimation, Montpellier  
P<sup>r</sup> Jean-Claude LIBERSA, chirurgie-dentaire, Lille  
D<sup>r</sup> Christian MARTINEAU, chirurgie-dentaire, Paris  
D<sup>r</sup> Cédric MAUPRIVEZ, chirurgie-dentaire, Reims  
D<sup>r</sup> Étienne MÉDIONI, chirurgie-dentaire, Nice  
D<sup>r</sup> Marie-Louise NAVEZ, anesthésie-réanimation et capacité douleur, Saint-Étienne  
D<sup>r</sup> Olivier NEDELEC, chirurgie-dentaire, Paris  
D<sup>r</sup> Xavier PAQUERON, anesthésie-réanimation, Soyaux  
D<sup>r</sup> Daniel PERRIN, chirurgie-dentaire, Dijon  
D<sup>r</sup> Olivier ROBIN, chirurgie-dentaire et capacité douleur, Lyon  
D<sup>r</sup> Christine ROMAGNA, chirurgie-dentaire, Auxerre  
P<sup>r</sup> Jacky SAMSON, stomatologie, Genève  
D<sup>r</sup> Sylvain SANTONI, chirurgie-dentaire, Clermont-Ferrand  
D<sup>r</sup> Corinne TARDIEU, chirurgie-dentaire, Marseille  
D<sup>r</sup> Fabrice VIGNON, chirurgie dentaire, Verdun

