



HAL
open science

Analyse descriptive de l'activité du bloc opératoire du service d'odontologie du CHU Estaing de Clermont-Ferrand : Partie II : Comment améliorer la prise en compte de l'anxiété préopératoire ?

Nelly Boyer

► To cite this version:

Nelly Boyer. Analyse descriptive de l'activité du bloc opératoire du service d'odontologie du CHU Estaing de Clermont-Ferrand : Partie II : Comment améliorer la prise en compte de l'anxiété préopératoire ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-03087325

HAL Id: dumas-03087325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03087325>

Submitted on 23 Dec 2020

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.

THESE

Pour le **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 8 novembre 2017

par

Nelly BOYER

(Née le 31 Août 1987)

**ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ACTIVITE DU BLOC
OPERATOIRE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU CHU
ESTAING DE CLERMONT-FERRAND.
PARTIE 2 : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN COMPTE
DE L'ANXIETE PRE-OPERATOIRE ?**

JURY :

Président : Mme Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités

Assesseurs : M. Laurent DEVOIZE, Professeur des Universités

Mme Estelle MACHAT, Maître de Conférences des Universités

Mme Solveig VAUTEY, Assistant

Année 2017

Thèse n°

THESE

Pour le **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 8 novembre 2017

par

Nelly BOYER

(Née le 31 Août 1987)

**ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ACTIVITE DU BLOC
OPERATOIRE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU CHU
ESTAING DE CLERMONT-FERRAND.
PARTIE 2 : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN COMPTE
DE L'ANXIETE PRE-OPERATOIRE ?**

JURY :

Président : Mme Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités

Assesseurs : M. Laurent DEVOIZE, Professeur des Universités

Mme Estelle MACHAT, Maître de Conférences des Universités

Mme Solveig VAUTEY, Assistant

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <i>Président de l'Université</i> | : | Monsieur le Professeur Mathias BERNARD |
| <i>Directeur Général des Services</i> | : | Mme Myriam ESQUIROL |
| DOYEN DE L'UFR D'ODONTOLOGIE | : | Madame Stéphanie TUBERT- JEANNIN Professeur des Universités |
| <i>Assesseurs</i> | : | Monsieur Pierre-Yves COUSSON Maître de Conférences des Universités |
| | | Madame Martine HENNEQUIN Professeur des Universités |
| | | Monsieur Emmanuel NICOLAS Professeur des Universités |
| | | Madame Valérie ROGER-LEROI Professeur des Universités |

LISTE DES PROFESSEURS

Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers :

| | |
|---------------------------------|---|
| Monsieur Pascal AUROY | - Prothèses |
| Monsieur Radhouane DALLEL | - Sciences Anatomiques |
| Monsieur Laurent DEVOIZE | - Pathologie et Thérapeutique Dentaires |
| Madame Sophie DOMEJEAN | - Odontologie Conservatrice, Endodontie |
| Madame Martine HENNEQUIN | - Odontologie Conservatrice, Endodontie |
| Monsieur Emmanuel NICOLAS | - Prothèses |
| Monsieur Thierry ORLIAGUET | - Sciences Biologiques |
| Madame Valérie ROGER-LEROI | - Sciences Biologiques |
| Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN | - Prévention, Epidémiologie |
| Monsieur Jean-Luc VEYRUNE | - Prothèses |

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers :

| | |
|---------------------------------|---|
| Madame Marion BESSADET | - Prothèses |
| Monsieur Hervé BESSE | - Pédiodontie |
| Monsieur Christian CHAMBAS | - Orthopédie Dento-Faciale |
| Monsieur Didier COMPAGNON | - Prothèses |
| Monsieur Pierre-Yves COUSSON | - Odontologie Conservatrice, Endodontie |
| Monsieur Nicolas DECERLE | - Odontologie Conservatrice, Endodontie |
| Monsieur Christophe DESCHAUMES | - Pathologie et Thérapeutique Dentaires |
| Monsieur Jean-Christophe DUBOIS | - Prothèses |
| Madame Christelle RICHARD | - Pédiodontie |
| Mademoiselle Céline MELIN | - Sciences Anatomiques |
| Madame Estelle MACHAT | - Prévention, Epidémiologie |
| Monsieur Paul PIONCHON | - Sciences Anatomiques |
| Monsieur Dominique ROUX | - Odontologie Conservatrice, Endodontie |

Professeur des Universités :

| | |
|-----------------------|-----------------|
| Monsieur Alain ARTOLA | - Neurosciences |
|-----------------------|-----------------|

Maître de Conférences des Universités :

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Mademoiselle Lénaïc MONCONDUIT | - Neurosciences |
|--------------------------------|-----------------|

Professeur Certifié

| | |
|---------------------------|-----------|
| Mademoiselle Gaëlle DUCOS | - Anglais |
|---------------------------|-----------|

Maîtres de Conférences des Universités Associés :

| | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| Monsieur Guillaume BONNET | - Prothèses |
| Madame Anne DEPREUX | - Informatique et Pédagogie |
| Madame Anne DUCONSEILLE | - Sciences Biologiques |
| Monsieur Pierre-Henri WEILBACHER | - Sciences de Gestion |

REMERCIEMENTS

Tout d'abord un grand merci à Monsieur le Professeur Laurent Devoize, pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour tout le temps que vous nous avez accordé, pour votre écoute, vos conseils et votre gentillesse. Vos qualités professionnelles et votre rigueur sont pour moi des exemples à suivre. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Madame la Doyenne, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide et votre soutien tout au long de ces années.

A Madame le Docteur Estelle Machat, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Solveig Vautey, vous me faites également l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre relecture des fautes d'orthographe... et pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté à ce sujet. Je vous remercie également de m'avoir fait partager mais aussi participer à votre passion pour la pédiatrie. Recevez ma sincère gratitude.

Au Docteur Hervé Besse, Christelle Grémeau-Richard, François-Marie Dutour, Sophie Domejean et Paul Pionchon. Vous m'avez accompagné avec bienveillance dans mes premiers pas d'étudiante. Merci pour votre écoute, pour m'avoir guidé, soutenu et surtout vous m'avez donné envie d'apprécier ce métier à sa juste valeur. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis. Permettez-moi de vous exprimer toute mon estime et mon admiration.

A Maud, merci d'avoir rendu heureuses toutes ces journées de recueil des données mais aussi ces journées d'écriture studieuses et fastidieuses. Je suis vraiment ravie de clôturer ces années d'études par ce moment partagé avec toi.

Merci à Monsieur le Professeur Radhouane Dallel. Merci de m'avoir donné cette chance. Je suis si heureuse, je vais exercer une profession qui me passionne. Grace à vous ! Je ne l'oublierai jamais.

Merci à tous les membres du laboratoire **Jean-Louis, Amélie, Philippe, Myriame.** Merci à ma chère directrice de thèse de recherche le **Docteur Lénaïc Monconduit** qui m'a toujours soutenue dans cette reprise d'étude et bien plus. Une pensée pleine d'émotions pour **Anne-Marie Gaydier**, que je vois très peu mais pourtant sans cesse dans mes pensées.

Merci à mes collègues préférés : le cabinet « A5D ». Merci de m'avoir donné ma chance. Merci de me prendre sous votre aile, de me guider et de m'aider à m'épanouir dans cette profession. Vous êtes une équipe formidable.

Merci à la folie Margaux, Cyrielle, Benjamin, Camille et Martin. C'était tellement agréable de reprendre les bancs de la fac avec vous. Vous avez illuminé chacune de mes journées.

Merci à mes amis de cœur : Charles et Hortense. Hélas j'ai du mal à trouver les mots pour qualifier ce lien si fort que j'exprime pour vous. Ce qui est certain c'est que vous êtes dans mon cœur et je que vous emmène avec moi pour la vie.

Ma petite Ines et ma chère Géraldine.

Encore des amis de cœur... temps d'années parcourues ensemble mais elles sont tellement belles. Vous êtes mes rayons de soleil et mes meilleurs antidépresseurs.

Merci à Nicolas,

Mon chéri, ma force et mon courage. Une des plus belles choses qui me soit arrivée dans la vie. Merci pour toutes ces années où tu m'as soutenue, sans faille... Pour ton amour, ta présence, ton écoute et bien sûr ta patience. Tu es l'épaule sur laquelle je m'appuie, tu m'es si précieux... Tu es sans conteste mon rayon de soleil. Je suis si fière de toi, je t'aime tellement !

Enfin mes derniers mots s'adressent à ma famille. Papa, maman, mon Rominou et mon Willou vous êtes ce que j'ai de plus chère au monde, la deuxième moitié de mon cœur. Même si je suis loin de vous, tous les matins vous êtes dans mes pensées sur le chemin de mon nouveau travail. Vous m'avez donné tant de courage, c'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci pour la force de votre amour pour moi. Sachez que moi aussi je vous aime très fort.

Et à tous ceux que j'ai oublié, qui ont fait un bout de chemin avec moi. J'espère qu'ils ne m'en tiendront pas rigueur mais si vous vous sentez concernés, je vous dis merci !

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION | 1 |
| II. MATERIEL ET METHODE | 3 |
| A. Population analysée | 3 |
| B. Recueil des données | 3 |
| C. Analyse des données | 4 |
| III. RESULTATS | 6 |
| A. Analyse univariée | 6 |
| 1. Analyse des facteurs pouvant influencer l'anxiété préopératoire | 6 |
| 2. Influence de l'anxiété préopératoire sur les paramètres peropératoire | 8 |
| 3. Influence de l'anxiété préopératoire sur les paramètres postopératoires | 9 |
| 4. Analyse des facteurs pouvant influencer l'anxiété post-opératoire | 9 |
| 5. Classification des interventions en fonction de l'anxiété pré et postopératoire | 10 |
| B. Analyse multivariée | 12 |
| C. Analyse de la prise en charge de l'anxiété | 12 |
| 1. Effet des médications préopératoire sur l'anxiété préopératoire | 12 |
| 2. Effet de l'explication de l'intervention et de la musique peropératoire sur l'anxiété postopératoire | 13 |
| IV. DISCUSSION | 15 |
| A. Existe-t-il des interventions plus anxiogènes que les autres ? | 15 |
| B. Existe-t-il un profil type de patient « anxiogène » ? | 16 |
| 1. Le sexe | 16 |
| 2. La dépression | 16 |
| 3. Le trouble respiratoire | 16 |
| 4. L'âge et l'expérience dentaire | 17 |
| C. Existe-t-il un effet « praticien » ? | 17 |
| D. Quels sont les impacts de l'anxiété préopératoire en per et postopératoire ? | 18 |
| E. Peut-on améliorer les paramètres préopératoires afin de diminuer l'anxiété et les complications postopératoire ? | 19 |
| 1. Information du patient | 19 |
| 2. Médications préopératoires | 19 |
| 3. La musique au sein du bloc opératoire | 20 |
| 4. Analyse du cas particulier des DDS et de l'effet « passage supplémentaire » | 20 |
| F. Peut-on établir un questionnaire décisionnel permettant de préférer une prise en charge sous analgésie ou anesthésie générale ? | 21 |
| V. CONCLUSION | 23 |

GLOSSAIRE

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALG : Antalgiques

ATB : Antibiotiques

AX : Anxiolytiques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DC : Douleur chronique

DDS : Dents de sagesse

EVA : Echelle Visuelle Analogique de 0 à 10

F.Corrélation : Facteur de corrélation

FIBD : Foyer Infectieux Bucco-Dentaire

MIN : Minutes

N : Effectif de la population

NS : Non significatif

P : P-value ou puissance statistique

Pose I Ant : Pose d'implant antérieur

Pose I Post : Pose d'implant postérieur

RI : Risque infectieux (endocardite infectieuse, antirésorbeux, greffe rénale et cardiaque, cancer avec irradiation cervico-faciale, cancer en cours de chimiothérapie, VIH, VHB, VHC, corticothérapie au long cours)

SFCO : Société Française de Chirurgie Orale

TbC : Troubles cardio-vasculaires (hypertension, antécédent d'infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, arrêt cardiaque)

TbM : Troubles métaboliques (diabète, cholestérol, hypothyroïdie)

TbR : Troubles respiratoires (asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive)

VSL : Véhicule sanitaire léger

I. Introduction

L'avancée technologique dans le domaine dentaire ne cesse de progresser. Cependant dans cette course le Chirurgien-Dentiste est toujours confronté à la survenue d'événements indésirables. De très nombreuses études sont consacrées à ce sujet sensible, d'autant plus avec l'apogée de la chirurgie implantaire. En effet l'acte le plus souvent en relation avec l'incident est une procédure chirurgicale dentaire : extraction dentaire et pose d'implant¹. Notre profession a pourtant mis au point de nombreux textes de référence, de recommandations et de revues consacrés à ce sujet. Néanmoins ces événements continuent encore de se produire : trouble cardiovasculaire, trouble respiratoire, infection, saignement, syncope, perte de connaissance, embolie, hyperthermie sont des incidents qui nous sont encore rapportés aujourd'hui. L'événement indésirable ne s'en arrête pas là. 3 décès par an sont liés à des soins dentaires¹. Ainsi même si dans notre profession le risque de cet incident est rare il est tout à fait possible.

Bien souvent, la cause du décès est immédiatement reliée au fait qu'il s'agissait d'un patient avec des problèmes de santé pris en charge sous sédation (Midazolam) ou sous anesthésie générale²⁻⁷. Or il existe des données qui révèlent la survenue d'incidents, dont des décès, hors de ces prises en charge anesthésique^{8,9}. Ils sont survenus sous anesthésie locale, technique anesthésique de routine pour le chirurgien-dentiste. Point encore plus important : ces événements indésirables surviennent au sein d'une population jeune en pleine santé et bien souvent au cours d'une procédure d'extraction des dents de sagesse. Il en est alors conclu, en 2017, que les patients jeunes pris en charge sous anesthésie locale dans le cadre d'une procédure chirurgicale dentaire sont à plus haut risque de décès que le reste de la population¹. Comment est-ce possible de nos jours ?

94% des incidents sont directement reliés à un effet indésirable de l'anesthésie locale¹. Notamment le patient présentait une sorte de protection vis-à-vis de l'induction anesthésique ayant demandé l'utilisation de dose plus importante¹⁰⁻¹⁴. Or ces mêmes études reconnaissent un seul et même facteur comme influençant l'induction anesthésique : l'état d'anxiété préopératoire du patient. L'anxiété est définie comme « le sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger »¹⁵. Il s'agit d'un état physiologique d'alerte générant une activation du système nerveux central, immunitaire et hormonal pouvant directement perturber l'induction anesthésique¹⁶. On comprend alors tout le poids de l'anxiété préopératoire sur l'apparition d'événements indésirables. Le possible cercle vicieux qui peut s'installer entre l'anxiété

préopératoire, l'induction anesthésique, le déroulement de la procédure chirurgicale et l'arrivée d'un événement indésirable. Il apparaît donc nécessaire de préciser les facteurs d'apparition d'une anxiété préopératoire dans le cadre d'une procédure chirurgicale dentaire pour remédier à nos faiblesses actuelles.

L'objectif de notre étude est de mettre en relation les prescriptions préopératoires, la procédure d'anesthésie locale et l'acte chirurgical avec les facteurs de risque liés au patient dans la survenue d'une anxiété préopératoire. Plus précisément nous avons choisi d'étudier l'activité chirurgicale du bloc opératoire du Service d'Odontologie du CHU Estaing de Clermont-Ferrand afin de répondre à 2 questions :

- **La prise en charge des patients sous anesthésie locale est-elle sécuritaire ? (Thèse de Maud Sadaka)**
- **Comment améliorer la prise en compte de l'anxiété préopératoire ? (Thèse de Nelly Boyer)**

II. Matériel et méthode

A. Population analysée

Dans le cadre d'une étude rétrospective descriptive, nous nous sommes intéressés à la population de patients qui est venue au bloc opératoire du Service d'Odontologie du CHU Estaing de Clermont-Ferrand du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2016 (étude rétrospective sur 2 ans). La population globale était de 1395 patients. 27 patients ont été exclus pour cause de questionnaires de bloc incomplets ou absents. La population analysée cible regroupe au final 1368 patients.

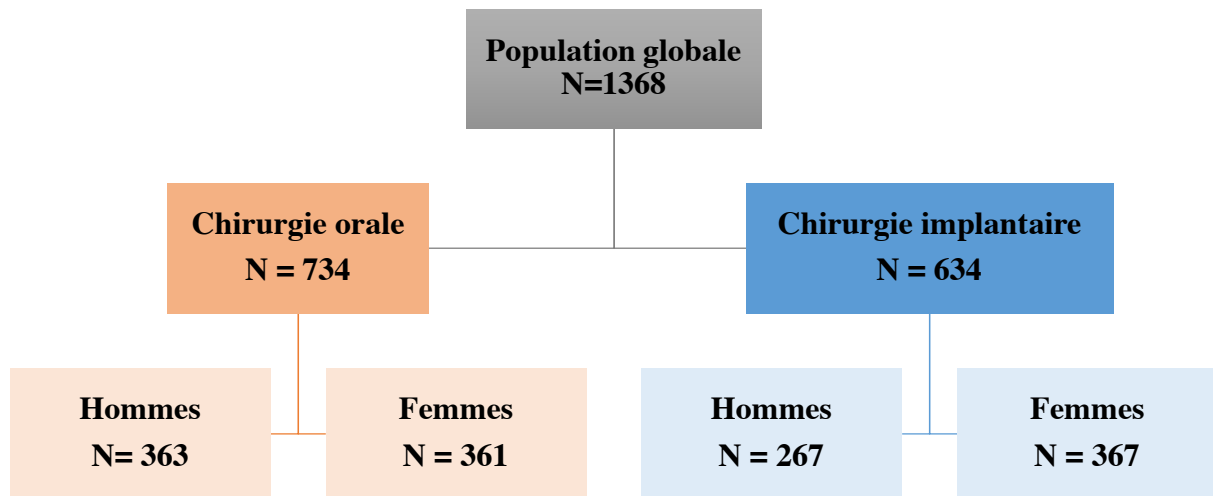


Figure 1 : Schéma descriptif de la population analysée

B. Recueil des données

Nous avons extrait pour chaque patient différentes données :

- Les données du questionnaire, recueillies par l'infirmière du bloc, complété à l'entrée et à la sortie du patient du bloc opératoire (Annexe 1)
- Les données de l'anamnèse répertoriées par les chirurgiens-dentistes et les étudiants hospitaliers dans le dossier patient informatisé
- Les éléments radiologiques lus sur les radiographies panoramiques. Le comptage du nombre de Foyers Infectieux Bucco-Dentaires s'est déroulé à l'appréciation des signes radiologiques d'une lésion péri-apicale (disparition de l'espace desmodontal, bordure kystique, décalcification de l'os adjacent...).

Les données, quantitatives et qualitatives ont été recueillies sur un tableur Excel. Elles sont regroupées au sein de trois grandes étapes chronologiques : pré, per et postopératoires.

| PREOPERATOIRE | PEROPERATOIRE | POSTOPERATOIRE |
|---|---|---------------------------------------|
| Age | Chirurgien opérateur | Score Anxiété (EVA) |
| Sexe | Durée intervention (min) | Score Douleur (EVA) |
| Etat dentaire : dents restantes + FIBD | Nombre de carpules et molécule anesthésique | Médication post-opératoire : ATL, ATB |
| Antécédents chirurgicaux | Musique | Retour : seul, accompagné, VSL |
| Type d'intervention : chirurgie orale ou implantaire | Médication peropératoire : méthylprednisolone, paracétamol injectable | |
| Risque hémorragique (cf Thèse Sadaka Maud) | Arrêt intervention | |
| Nombre de sites opérés | | |
| Déjà venu | | |
| Etat pathologique : TbC, TbR, TbM, RI, DC, dépression | | |
| Nombre de pathologies | | |
| Arrêt traitement en cours | | |
| Allergie | | |
| Score Anxiété (EVA) | | |
| Score Douleur (EVA) | | |
| Médication peropératoire : AX, ATL, ATB | | |

Figure 2 : Variables préopératoires, peropératoires et postopératoires analysées

C. Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata v12. Tous les tests sont bilatéraux et une p-value < 5% a été considérée comme statistiquement significative. Les données sont décrites sous forme de fréquence et pourcentages pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne et écart type pour les variables quantitatives. Les analyses sont réalisées à l'aide du test de Student (ou test de Mann et Whitney si les données étaient non normalement

distribuées) pour la comparaison de 2 groupes, ou à l'aide d'une analyse de variance (ou test de Kruskal-Wallis Whitney si les données étaient non normalement distribuées) pour 3 groupes ou plus. En cas de signification statistique, un test de Dunn a été réalisé afin de spécifier quels groupes étaient différents. Les relations entre anxiété, douleur et des variables quantitatives ont été analysées à l'aide de coefficient de corrélation de Pearson (ou Spearman si données non normalement distribuées). Des analyses multivariées ont été réalisées à l'aide de modèle de régression mixte (pour prendre en compte les multiples passages d'un même patient dans le service) pour étudier l'anxiété préopératoire, postopératoire et la douleur postopératoire en ajustant sur les critères mis en évidence dans les analyses univariées.

III. Résultats

A. Analyse univariée

1. Analyse des facteurs pouvant influencer l'anxiété préopératoire

a) *Paramètres liés au patient*

Les tests statistiques montrent qu'essentiellement **5 paramètres préopératoire liés au patient** influencent significativement l'anxiété préopératoire :

| PARAMETRE | | N | MOYENNE | P |
|---------------------------------|-------|------|-------------|--------------------------|
| Sexe | Homme | 629 | 3,13 ± 2,53 | > 0,001 *** |
| | Femme | 728 | 4,51 ± 2,74 | |
| Trouble respiratoire | Non | 1330 | 3,81 ± 2,74 | > 0,001 *** |
| | Oui | 38 | 5,53 ± 2,12 | |
| Trouble cardiovasculaire | Non | 1142 | 3,91 ± 2,71 | 0,11 |
| | Oui | 226 | 3,46 ± 2,74 | |
| Trouble métabolique | Non | 1179 | 3,84 ± 2,72 | 0,56 |
| | Oui | 189 | 3,97 ± 2,85 | |
| Risque infectieux | Non | 1326 | 3,83 ± 2,73 | 0,09 |
| | Oui | 42 | 4,54 ± 2,76 | |
| Dépression | Non | 1265 | 3,79 ± 2,70 | > 0,001 *** |
| | Oui | 103 | 4,69 ± 2,95 | |
| Douleur chronique | Non | 1289 | 3,83 ± 2,70 | 0,09 |
| | Oui | 79 | 4,37 ± 3,15 | |

| PARAMETRE | | N | MOYENNE | P |
|-------------------------------|------------|------|-------------|-------------|
| ATCD Chirurgicaux | Non | 1227 | 3,91 ± 2,73 | 0,07 |
| | Oui | 141 | 3,46 ± 2,74 | |
| Allergie | Non | 1212 | 3,86 ± 2,75 | 0,86 |
| | Oui | 156 | 3,90 ± 2,67 | |
| Sortie | Accompagné | 777 | 4,15 ± 2,80 | > 0,001 *** |
| | VSL | 13 | 4 ± 3,61 | |
| | Seul | 562 | 3,48 ± 2,58 | |
| Passage supplémentaire | Non | 1119 | 3,99 ± 2,71 | > 0,001 *** |
| | Oui | 249 | 3,28 ± 2,79 | |

De plus l'anxiété préopératoire est corrélée de façon significative à **2 paramètres** :

| PARAMETRE | F. Corrélation | P |
|------------------------------|----------------|-----------------------|
| Age | -0,06 | 0,02 * |
| FIBD | 0,12 | > 0,001 *** |
| Etat dentaire | 0,00 | 0,87 |
| Nombre de pathologies | 0,04 | 0,11 |

b) Paramètres liés à l'intervention : type de chirurgie et opérateur

Seul **1 paramètre** lié à l'intervention influence significativement l'anxiété préopératoire :

| PARAMETRE | | N | MOYENNE | P |
|--------------------------|---------------|-----|-------------|-------------|
| Type de chirurgie | Implantologie | 634 | 3,63 ± 2,67 | > 0,001 *** |
| | Orale | 734 | 4,07 ± 2,78 | |

| | | | | |
|----------------------------|--------|-----|-------------|------|
| Risque hémorragique | Faible | 420 | 3,76 ± 2,76 | 0,49 |
| | Elevé | 939 | 3,89 ± 2,72 | |

De plus, plus l'intervention porte sur **plusieurs sites** plus le niveau d'anxiété préopératoire du patient augmente (**Facteur de corrélation = 0,00 ; p > 0,001**). Nous avons également analysé si le praticien opérateur pouvait influencer cette anxiété. Sur les 5 opérateurs intervenants, nous n'observons aucune différence significative.

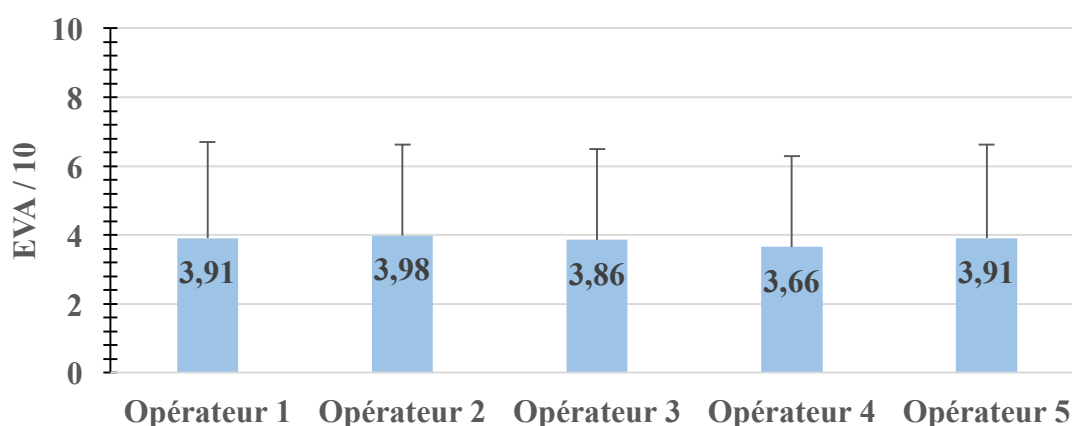


Figure 3 : Représentation graphique des niveaux d'anxiété préopératoire en fonction de l'opérateur

2. Influence de l'anxiété préopératoire sur les paramètres peropératoire

Les résultats montrent que le niveau d'anxiété préopératoire du patient n'influence pas la durée de l'intervention. Par contre plus le niveau d'anxiété augmente plus le patient nécessite d'injections anesthésiques pour avoir un effet bénéfique :

| PARAMETRE | F. Corrélation | P |
|--------------------------------|----------------|-----------------------|
| Durée de l'intervention | 0,03 | 0,26 |
| Nombre de carpules | 0,07 | > 0,001 *** |

De plus, les patients ayant eu besoin d'une médication antalgique, en complément de l'anesthésie, sont des patients présentant en préopératoire des niveaux d'anxiété plus élevés que les patients n'en ayant pas eu besoin :

| MEDICATION PER-OPERATOIRE | | N | MOYENNE | P |
|-------------------------------|-----|------|-------------|----------------|
| Paracétamol injectable | Non | 1299 | 3,11 ± 2,43 | > 0,001 |
| | Oui | 61 | 4,54 ± 2,62 | *** |
| Méthylprednisolone | Non | 1302 | 3,11 ± 2,74 | > 0,001 |
| | Oui | 58 | 4,21 ± 2,12 | *** |

3. Influence de l'anxiété préopératoire sur les paramètres postopératoires

L'anxiété préopératoire est significativement et positivement corrélée aux facteurs post-opératoire suivants :

| PARAMETRE | F. Corrélation | P |
|--------------------------------|----------------|--------------------|
| Anxiété post-opératoire | 0,35 | > 0,001 *** |
| Douleur post-opératoire | 0,14 | > 0,001 *** |

4. Analyse des facteurs pouvant influencer l'anxiété post-opératoire

Il a été trouvé que **3 paramètres** sont significativement et positivement corrélés à l'anxiété postopératoire :

| PARAMETRE | F. Corrélation | P |
|--------------------------------|----------------|--------------------|
| Durée de l'intervention | 0,06 | 0,02 * |
| Nombre de carpules | 0,07 | 0,02 * |
| Douleur post-opératoire | 0,29 | > 0,001 *** |

Par contre l'administration au cours de l'intervention d'antalgiques n'influence pas l'anxiété post-opératoire :

| MEDICATION PER-OPERATOIRE | | N | MOYENNE ANXIETE | P |
|-------------------------------|-----|------|-----------------|------|
| Paracétamol injectable | Non | 1299 | 1,35 ± 2,15 | 0,51 |
| | Oui | 61 | 1,54 ± 2,12 | |
| Methylprednisolone | Non | 1302 | 1,35 ± 2,15 | 0,42 |
| | Oui | 58 | 1,59 ± 2,11 | |

Ceci étant intéressant du fait que ces mêmes molécules n'ont pas d'effet significatif sur la douleur postopératoire immédiate. En effet ce sont des patients qui au contraire présentent des scores douloureux plus élevés :

| MEDICATION PER-OPERATOIRE | | N | MOYENNE DOULEUR | P |
|-------------------------------|-----|------|-----------------|---------|
| Paracétamol injectable | Non | 1299 | 1,31 ± 2,00 | > 0,001 |
| | Oui | 61 | 2,45 ± 2,40 | *** |
| Methylprednisolone | Non | 1302 | 1,31 ± 2,00 | > 0,001 |
| | Oui | 58 | 2,49 ± 2,39 | *** |

5. Classification des interventions en fonction de l'anxiété pré et postopératoire

L'analyse univariée nous a également permis d'obtenir une classification des interventions de chirurgie orale et implantaire en fonction de l'anxiété préopératoire. Ainsi les actes de chirurgie orale sont les plus anxiogènes en préopératoire, avec en tête de liste « l'extraction simple ». Par contre en ce qui concerne l'analyse des interventions en fonction de l'anxiété postopératoire la tendance s'inverse. En effet la chirurgie implantaire, et plus particulièrement celle intervenant au niveau des secteurs antérieurs, apparaît être comme la chirurgie la plus anxiogène en postopératoire.

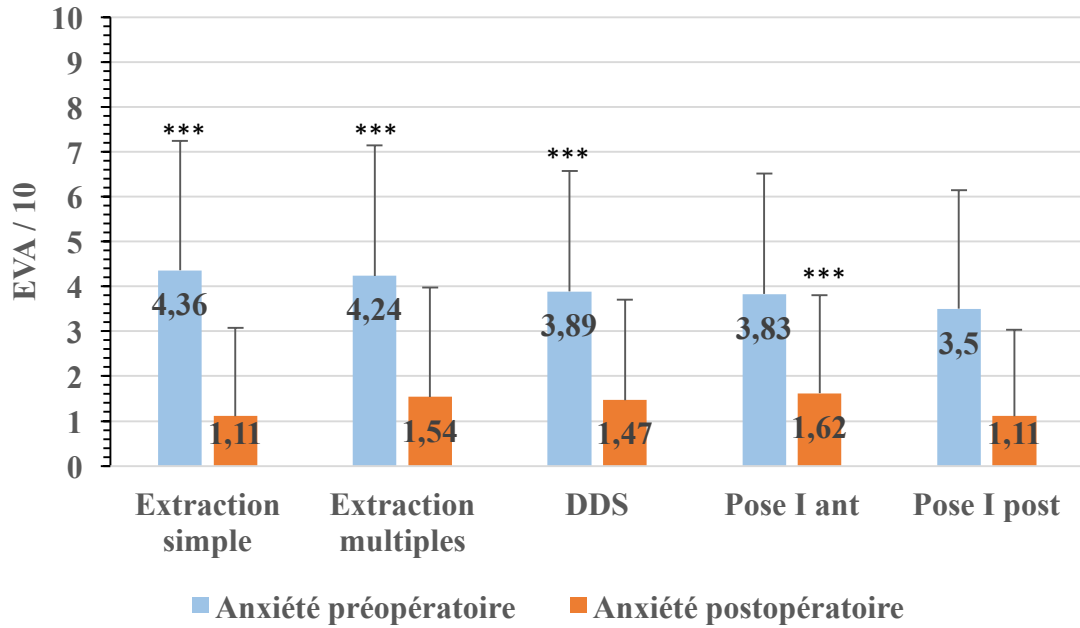


Figure 4 : Représentation graphique de l'anxiété préopératoire (en bleu) et postopératoire (en orange) en fonction des interventions chirurgicale dentaire.

Nous avons par la suite souhaité approfondir le cas particulier des dents de sagesse. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence au niveau de l'anxiété préopératoire que l'on extrait 4 DDS ou 2 DDS. De plus, nous n'observons pas de différence entre la première séance et la deuxième séance d'extraction des DDS quand une chronologie en 2 temps est choisie. Enfin, aucune différence significative n'est observée sur l'anxiété postopératoire.

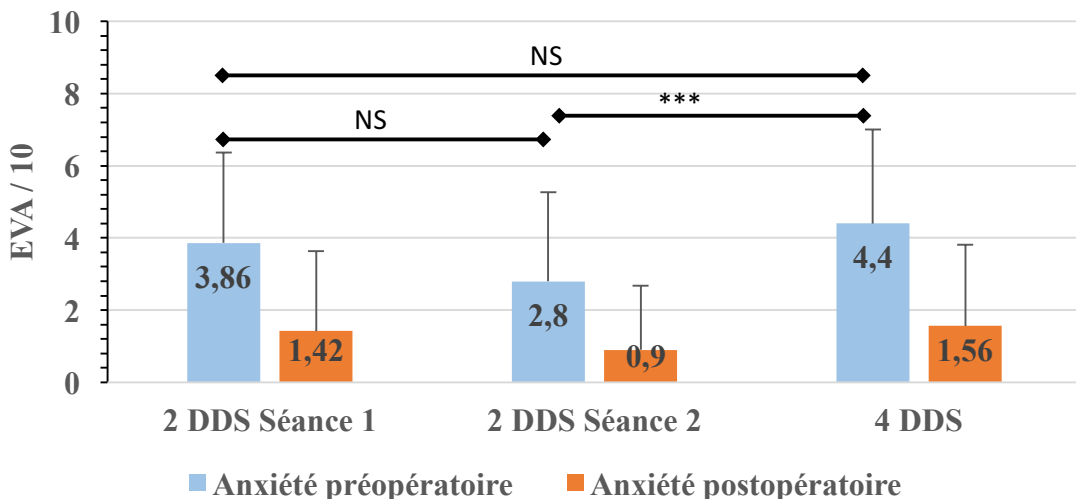


Figure 5 : Représentation schématique de l'anxiété préopératoire (en bleu) et postopératoire (en orange) en fonction de la première séance d'extraction de 2 dents de sagesse (2 DDS Séance 1), de la deuxième séance d'extraction de 2 dents de sagesse (2 DDS Séance 2) ou de l'extraction en une seule séance des 4 dents de sagesse (4DDS).

B. Analyse multivariée

Afin de sortir un profil « type » de patient vis-à-vis de l'anxiété « dentaire » préopératoire, seul les paramètres significativement corrélés ont été retenus puis affinés. Ce qui nous a permis de retenir 4 paramètres : la chirurgie orale, le sexe féminin, la présence d'un trouble respiratoire et la dépression.

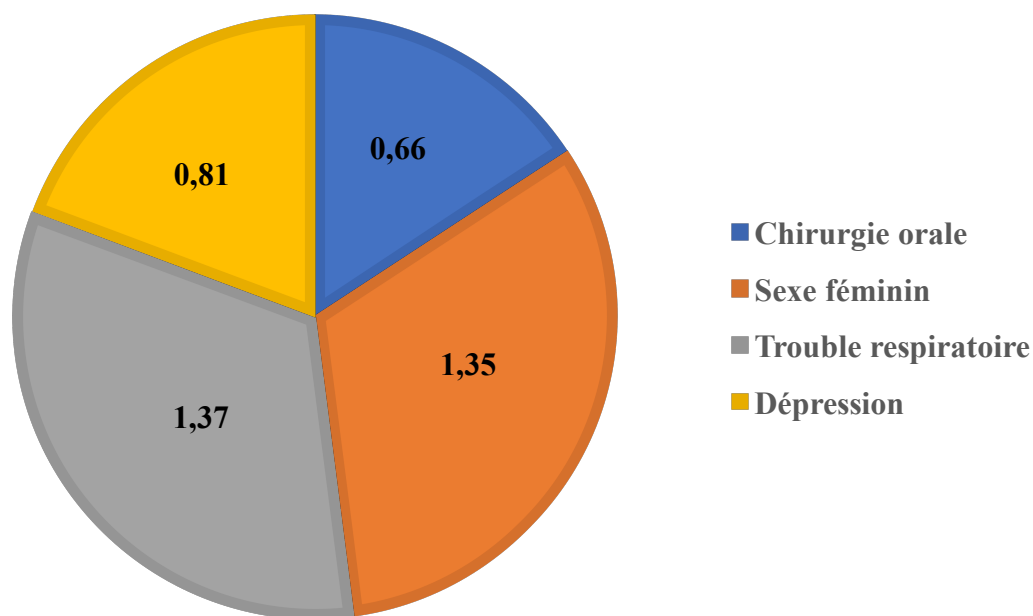


Figure 6 : Représentation schématique de la part d'implication des paramètres préopératoires hautement prédictifs d'une anxiété préopératoire en vue d'une chirurgie dentaire.

C. Analyse de la prise en charge de l'anxiété

1. Effet des médicaments préopératoire sur l'anxiété préopératoire

Aucun patient n'a bénéficié à la fois d'une prémédication sédatrice et d'un antalgique/antibiotique. Une différence significative est observée sur l'anxiété préopératoire entre les patients ayant bénéficié d'une prémédication sédatrice (AX ; N = 16/1368) et ceux n'en ayant pas bénéficié. Le même phénomène significatif est observé chez les patients ayant dû prendre en préopératoire des antibiotiques (ATB ; N = 571/1368). Quant aux antalgiques (ALG ; N = 226/1368), leurs prises ou non en préopératoire ne génère pas de différence significative sur l'anxiété préopératoire. Par contre, la prise associée en préopératoire d'antalgiques et d'antibiotiques (ALG + ATB ; N = 152/1368) génère des niveaux d'anxiété préopératoire significativement plus élevés chez les patients qui en avaient la prescription. Et ce, de façon significativement plus élevée que la prise d'antibiotiques seul. Ainsi nous

observons un effet cumulatif sur l'anxiété préopératoire de l'association antalgiques et antibiotiques.

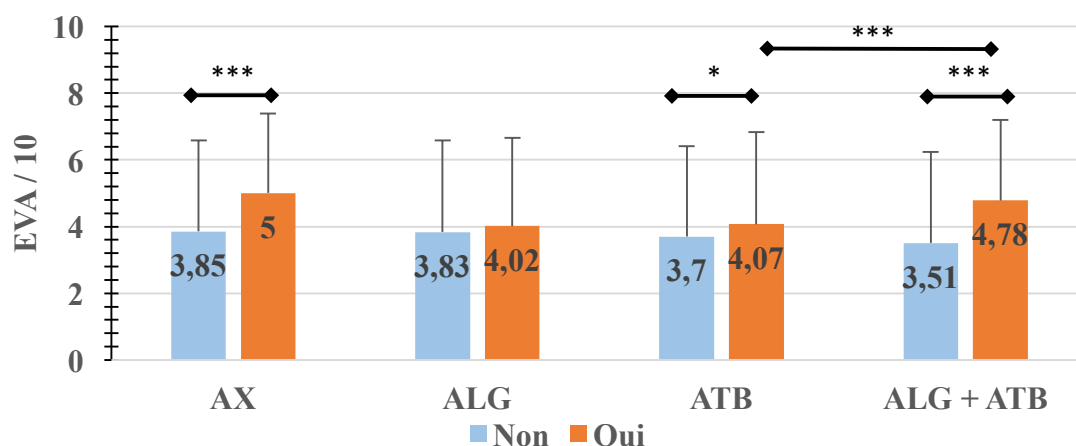


Figure 7 : Analyse de l'anxiété préopératoire en fonction des médicaments préopératoire : anxiolytique (AX), antalgique (AL), antibiotique (ATB), association antalgique et antibiotique (AL + ATB).

2. Effet de l'explication de l'intervention et de la musique peropératoire sur l'anxiété postopératoire

92% (N =1254/1368) des patients ont eu une explication du déroulement de l'intervention en peropératoire. Parmi ceux-ci, 78% (N =987/1368) ont eu en plus de la musique pour distraction. Seul 8% des patients (N=114/1368) n'ont donc pas eu d'explications du déroulement de l'intervention. Par contre ils ont tous bénéficié (N = 114/114), au cours de l'intervention, de la musique pour distraction.

Nous n'observons pas de différence significative entre la population de patients ayant eu uniquement une explication de l'intervention et ceux ayant eu uniquement de la musique (p = 0,08) sur l'anxiété postopératoire. Par contre nous observons un effet cumulatif, mais non significatif (p=0,06), chez les patients ayant eu à la fois une explication de l'intervention et de la musique pour distraction sur le niveau d'anxiété postopératoire.

Il est intéressant de noter que les patients ayant eu en médication préopératoire une association d'antalgiques et d'antibiotiques sont pour la moitié d'entre eux (51%, N =78/152) les patients qui ont eu besoin d'une explication « renforcée » du déroulement de la chirurgie le jour de l'intervention.

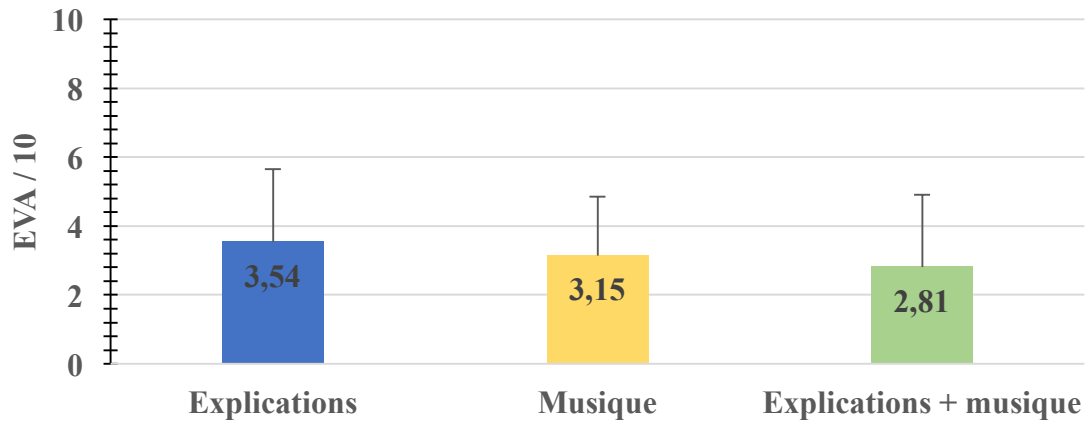
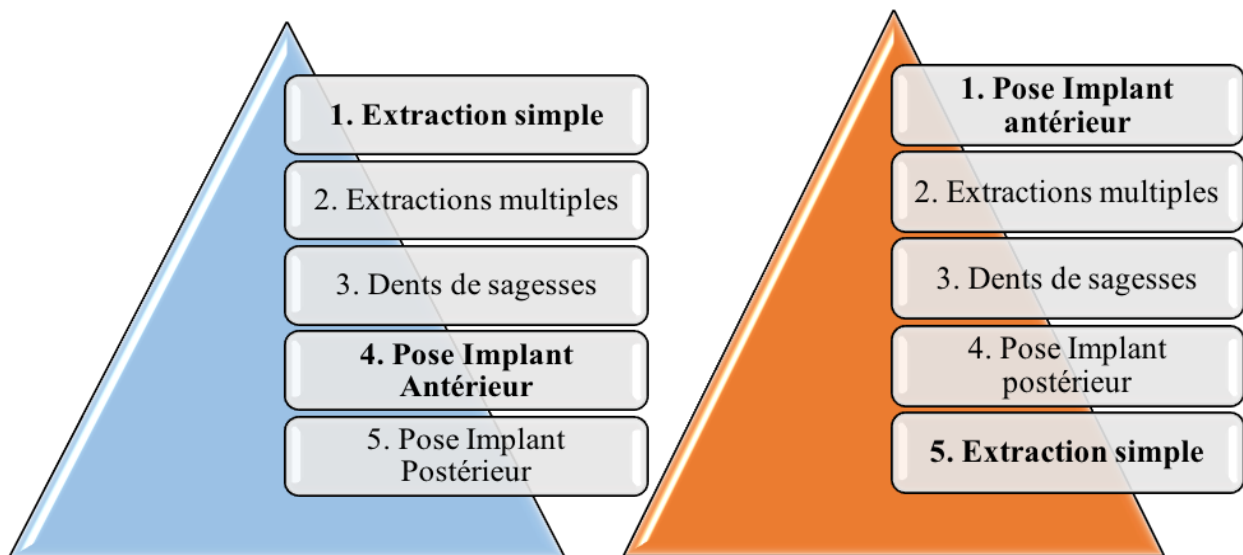


Figure 8 : Représentation graphique de l'effet des explications du déroulement de l'intervention (en bleu), de la musique (en jaune) et de l'association explications-musique sur l'anxiété postopératoire

IV. Discussion

A. Existe-t-il des interventions plus anxiogènes que les autres ?

Grâce à l'analyse univariée nous avons pu établir une classification des interventions en fonction des niveaux d'anxiété préopératoire (pyramide bleu) et de l'anxiété postopératoire (pyramide orange) :



Nous observons que les actes de chirurgie implantaire génèrent des niveaux d'anxiété préopératoire significativement moins importants que les actes de chirurgie orale. Face à ce résultat on ne peut alors que se remémorer « Le rêve et son interprétation » par Freud en 1908¹⁷ qui met en évidence l'identité symbolique entre l'extraction dentaire et la castration. La bouche est le carrefour de nombreuses fonctions vitales mais également de nombreuses fonctions psychoaffectives. Ainsi on comprend alors pourquoi l'extraction dentaire est perçue comme le traitement le plus agressif en comparaison à la pose d'un implant, qui à lui-même pour rôle de pallier à l'acte « mutilant »^{11,18-21}. L'extraction dentaire est perçue comme une atteinte à l'intégrité physique, il s'agit d'une « amputation » qui génère un sentiment d'infériorité^{22,23}. A contrario, les études montrent que la pose d'un implant est directement associée à une augmentation de la qualité de vie en passant par une augmentation du confort masticatoire mais aussi de la fonction sociale et individuelle²⁷⁻³⁰.

Si l'on regarde l'anxiété post-opératoire, on observe alors que la hiérarchie qu'il existait entre les actes de chirurgie implantaire et les actes de chirurgie orale n'existe plus. La pyramide s'inverse. En effet la pose d'implant antérieur devient la chirurgie la plus anxiogène en post-opératoire. Ceci s'expliquant de par l'impact esthétique. Les études montrent que les actes de

chirurgie esthétique génèrent en post-opératoire des niveaux d'anxiété plus élevés que les chirurgies reconstructives²³. En effet, la reconstruction antérieure impacte directement notre sourire et donc l'intégration sociale.

B. Existe-t-il un profil type de patient « anxio-gène » ?

L'analyse multivariée nous a permis d'établir un profil type de patient « anxio-gène ». Ce profil renferme 4 paramètres :

1. Le sexe

Les femmes sont significativement plus anxieuses que les hommes face à une chirurgie dentaire³¹⁻³³. Cette différence s'expliquerait en partie par l'action des hormones, différentes entre l'homme et la femme, au niveau cérébral. De ce fait les femmes présenteraient un état somatique et d'éveil plus important que les hommes³⁴⁻³⁷.

2. La dépression

La dépression est un des facteurs à plus haut risque dans la génération d'une anxiété préopératoire^{19,36,38}. Son impact est tellement fort qu'il est reconnu comme influençant directement le succès de l'intervention³⁹. En effet il a été observé que chez des patients dépressifs, un stress aigu comme une chirurgie dentaire, génère un effet immunosuppresseur, une altération des contrôles inhibiteurs de la douleur et une activation du système endocrinien⁴⁰⁻⁴⁴. En découle plus d'anxiété préopératoire, de douleur postopératoire et de retard de cicatrisation chez ces patients^{13,25,45}.

3. Le trouble respiratoire

Les études montrent que les patients présentant des troubles respiratoires sont inquiets de ne plus pouvoir déglutir, respirer et d'aspirer des liquides lors d'une chirurgie dentaire^{25,46}. Dans le cas de l'asthme, les facteurs que sont le stress, la douleur, les anesthésiques locaux, l'exposition à certains pneumallergènes comme le latex et les poussières de fraisage peuvent favoriser une crise^{25,47}. On comprend alors pourquoi, en vue de la multiplicité de ces facteurs dans le domaine dentaire, les patients présentant un trouble respiratoire sont anxieux vis-à-vis d'une chirurgie dentaire. De plus, l'anxiété diminue le contrôle d'une crise d'asthme⁴⁷. Enfin il est important de noter que les patients qui présentent un trouble respiratoire sont des patients présentant plus de trouble dépressif que le reste de la population 19,4% vs 7,7%²⁵.

4. L'âge et l'expérience dentaire

Nous avons également observé que l'anxiété préopératoire est significativement corrélée à 2 facteurs :

- L'âge : la majorité des études s'accordent à dire que l'anxiété préopératoire est plus élevée chez les patients jeunes^{18,46,48,49}. Il est émise l'hypothèse qu'avec l'âge, les patients arrivent à mieux relativiser et donc à accepter la situation³². De plus il y aurait une diminution de l'anxiété générale avec l'âge³². Les personnes âgées sont également des patients qui ont connu l'évolution des équipements dentaires et donc pour eux la chirurgie dentaire actuelle est révolutionnaire et sécuritaire^{50,51}.
- L'expérience dentaire : en accord avec Locker et al 1996, l'expérience dentaire est le facteur le plus important et déterminant de l'anxiété dentaire⁵². Une expérience négative augmente la cognition négative qui en retour contribue à l'augmentation d'effets négatifs comme l'anxiété. Inversement une expérience positive, et le fait de déjà connaître les lieux diminue l'anxiété préopératoire lors d'un second passage⁵³⁻⁵⁶.

Ainsi ces résultats devraient interpeller le chirurgien-dentiste à prêter attention au confort du patient et à analyser son profil physiologique mais aussi psychologique avant chaque procédure.

C. Existe-t-il un effet « praticien » ?

Notre étude montre qu'il n'y a aucun effet « praticien » sur l'anxiété préopératoire. Des études montrent pourtant qu'il existe un effet opérateur^{38,57}. En effet en fonction de l'expérience du praticien mais aussi de sa communication et de son échange verbal et non verbal va en dépendre directement l'anxiété préopératoire du patient. Une étude démontre que seul 20% des chirurgiens et anesthésistes estiment correctement le niveau d'anxiété préopératoire des patients⁵⁸.

Ainsi les chirurgiens du bloc opératoire du service d'odontologie de Clermont-Ferrand semblent être assez bien coordonnés dans leur attitude face au patient et dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire. De plus on peut noter que les chirurgiens prennent le temps d'analyser le profil du patient afin de les orienter pour une prise en charge sous sédation consciente ou sous anesthésie générale au sein de l'hôpital Estaing. N'oublions pas que dans cette relation thérapeutique il intervient en permanence un troisième interlocuteur : l'étudiant. On peut émettre l'hypothèse que ceci permet au patient d'établir un lien plus facile, de poser

plus de questions et donc se rassurer. Ceci pouvant alors assurer un effet tampon vis-à-vis du praticien et expliquer notre différence vis-à-vis des études publiées.

D. Quels sont les impacts de l'anxiété préopératoire en per et postopératoire ?

Nous montrons que l'anxiété préopératoire est significativement et positivement corrélée à l'anxiété postopératoire. Mais elle est également impliquée dans plus de douleur en postopératoire immédiat. Ces 2 facteurs postopératoires sont intimement liés à la durée de l'intervention, à la quantité d'anesthésique et à l'utilisation d'antalgique en préopératoire. En fait, nous montrons qu'il existe au sein du bloc opératoire du service d'odontologie de Clermont-Ferrand un cercle vicieux largement connu et démontré dans la littérature dans d'autres chirurgies. L'anxiété préopératoire génère plus de douleur en peropératoire, ce qui augmente la dose d'induction de l'anesthésie mais également l'administration de médication antalgiques. La durée de l'intervention liée au manque de confort pour le praticien et le patient est alors augmentée. L'ensemble de ces facteurs peropératoires influencent alors directement l'anxiété postopératoire et la douleur postopératoire^{36,38,57,59-64}.

On comprend alors tout l'intérêt de devoir prendre en charge l'anxiété préopératoire. Nous allons donc analyser dans la prochaine question comment améliorer sa prise en charge.

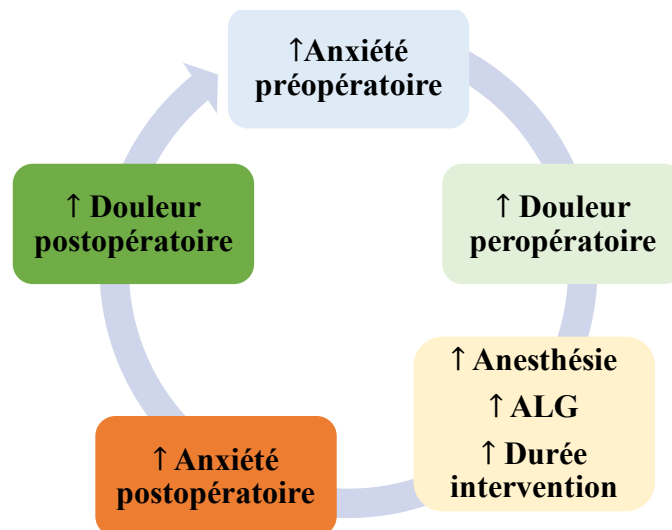


Figure 9 : Schéma représentatif de l'interrelation entre l'anxiété préopératoire, les paramètres peropératoires et les troubles postopératoires

E. Peut-on améliorer les paramètres préopératoires afin de diminuer l'anxiété et les complications postopératoire ?

1. Information du patient

Les résultats de notre étude montrent que quasiment tous les patients pris en charge au bloc opératoire du Service d'Odontologie de Clermont-Ferrand bénéficient en peropératoire d'une explication du déroulement de l'intervention. Ce constat positif est extrêmement important. En effet les études montrent que 75% à 82% des patients sont demandeurs d'informations en vue d'une chirurgie^{65,66}. Notamment ils souhaitent être informés sur la procédure anesthésique, le temps de récupération et la prise en charge de la douleur^{66,67}. Toutes les études s'accordent à dire qu'augmenter les connaissances du patient sur la procédure diminue significativement l'anxiété préopératoire^{59,65,66,68-70}.

Par contre afin d'observer un effet bénéfique il faut se limiter à informer le patient sur les risques de la chirurgie, les effets secondaires, le déroulement de l'anesthésie, la prise en charge de la douleur et le temps de récupération pour ne pas augmenter l'anxiété^{68,69}. De plus afin que le patient intègre les informations et qu'il prenne du recul il conviendrait de délivrer tous ces détails au minimum 1 à 4 semaines avant la chirurgie⁶⁵. Ainsi en ce qui nous concerne nous disposons d'une première consultation patient-praticien durant laquelle nous pouvons délivrer toutes ces informations. Ce qui nous apporte toutes les chances d'améliorer le confort pré et peropératoire du patient.

2. Médications préopératoires

Le principal but dans la prise en charge préopératoire du patient est de renforcer le confort et la satisfaction du patient en réduisant l'effet d'anticipation négatif qu'il se fait de l'anesthésie et de la chirurgie³⁶. Cela passe donc par l'information du patient comme vu précédemment. Cependant dans des cas où l'information ne semble pas apporter d'effet bénéfique il est recommandé d'utiliser une prémédication sédatrice^{71,72}. Or nous observons dans notre étude que trop peu de patients ont bénéficié d'une prémédication sédatrice ayant parfois conduit à l'utilisation de dose toxique d'anesthésique, de complément antalgique (Paracétamol injectable, Methylprednisolone) ou à l'arrêt de l'intervention (cf Thèse de Sadaka Maud).

De plus, en fonction des complications per et postopératoires que le chirurgien estime différents niveaux d'antalgiques et/ou des antibiotiques peuvent être prescrits. Nous montrons que 17% des patients ont des antalgiques en préopératoires, 42% des antibiotiques et 11% l'association. En plus du fait que la prescription ne soit pas toujours justifiée, ces molécules

augmentent l'anxiété préopératoire du patient dans nos données. Ainsi par ces prescriptions nous ne réduisons pas l'effet d'anticipation négatif du patient, au contraire nous l'alertons. Ce résultat est en accord avec d'autres études qui appuient sur le fait qu'il faut utiliser des médicaments préopératoires quand elles sont indiquées mais qu'il faut alors associer sa prescription à des explications renforcées et adaptées au niveau de connaissance du patient^{59,70}. Plus le patient est anxieux vis-à-vis de la douleur postopératoire plus il présentera effectivement de douleur postopératoire^{38,62}. Ainsi il convient de surveiller nos prescriptions et de les associer à plus d'informations et/ou de prémédication sédatrice.

3. La musique au sein du bloc opératoire

Quasiment tous les patients bénéficient au cours de l'intervention de musique pour distraction. Nous ne montrons pas d'effet significatif sur l'anxiété postopératoire du fait que notre étude et donc le questionnaire analysé n'est pas dirigé en ce sens. Par contre nous pouvons appuyer le fait, que de plus en plus d'études montrent que la musique est un excellent moyen de prise en charge de l'anxiété dans le domaine dentaire^{73,74}. Une étude récente démontre même la puissance de ce moyen, sans effet secondaire par rapport à une prémédication sédatrice. En effet, dans le cadre d'une chirurgie d'extraction des dents de sagesse la musique choisie par le patient a permis de diminuer significativement l'anxiété peropératoire mais aussi les signes vitaux que sont la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire⁷⁴. Ainsi nous devons continuer à utiliser de la musique.

4. Analyse du cas particulier des DDS et de l'effet « passage supplémentaire »

Nous ne montrons pas de différence sur l'anxiété préopératoire, que l'on extrait les 4 DDS en une seule séance ou 2 par 2. De plus lorsque la chronologie en 2 temps est choisie nous n'observons pas non plus d'effet sur la seconde séance^{54,55}. Ainsi une préexposition ne semble pas avoir d'influence chez une population jeune comme chez une population plus âgée. Ce qui nous ramène vers l'implication de l'âge en tant que facteur d'une anxiété préopératoire et la difficulté de la population jeune à relativiser sur la situation. De plus au vu de ces constats nous pouvons conclure qu'il convient d'extraire les 4 DDS en une seule séance lorsqu'elles sont indiquées sous anesthésie locale et d'associer en peropératoire de la musique choisie par le patient et/ou une prémédication sédatrice type Atarax plutôt que de surexposer le jeune patient au stress du bloc opératoire.

F. Peut-on établir un questionnaire décisionnel permettant de préférer une prise en charge sous analgésie ou anesthésie générale ?

À la vue des résultats de cette étude, nous nous sommes proposés d'établir un questionnaire de détection de l'anxiété préopératoire vis-à-vis d'une chirurgie dentaire. En effet, une étude de 2016, rapporte l'absence d'échelle unique et appropriée permettant d'évaluer à la fois le patient et le praticien quant au choix de prise en charge anesthésique⁷⁵. Les facteurs patient et praticien retenus pour établir le questionnaire, ont fait l'objet d'une analyse bibliographique dont le bilan vous est présenté en Annexe 3. Au final les facteurs étant reconnus comme à risque sont au nombre de 8 pour le patient et de 4 pour le praticien. Face à ce questionnaire il est bien évidemment important de ne pas oublier les indications et contre-indications qui sont clairement établis dans la prise en charge d'un patient sous sédation (Midazolam) ou sous anesthésie générale (Annexe 2) en centre hospitalier.

Au final nous avons déterminé 3 seuils :

- Score inférieur ≤ 10 : explication du déroulement de l'intervention de façon appropriée aux connaissances du patient et à sa demande. Musique choisie par le patient le jour de l'intervention sous anesthésie locale.
- Score $<10-15$: prémédication sédatrice (Atarax 1mg/kg), musique et anesthésie locale.
- Score ≤ 15 : prise en charge hospitalière type sédation ou anesthésie générale

Questionnaire de détection du niveau d'anxiété préopératoire en vue d'une chirurgie dentaire (orale ou implantaire)

Nom, Prénom :

IPP :

Profession :

| | | | | | | | |
|--|--|-------------|---|-------------|-----|-------------|---|
| P A T I E N T | Sexe | Homme | 0 | Femme | 1 | | |
| | Age | <30 ans | 1 | 30-60 ans | 0,5 | >60 ans | 0 |
| | Statut marital | Marié(e) | 0 | Célibataire | 0,5 | Divorcé (e) | 1 |
| | Niveau socioéconomique | Bas | 1 | Moyen | 0,5 | Elevé | 0 |
| | Niveau éducation | Illettré(e) | 1 | Primaire | 0,5 | Secondaire | 0 |
| | Passé dentaire | Positif | 0 | Négatif | 1 | | |
| | ATCD médicaux tel que TbR ou dépression | Oui | 1 | Non | 0 | | |
| | Accompagnement le jour de la chirurgie | Oui | 1 | Non | 0 | | |
| P R A T I C I E N | Type de chirurgie | Orale | 2 | Implantaire | 0 | | |
| | Nombre de sites sur lesquels intervient la chirurgie | <4 | 0 | >4 | 2 | Edentation | 4 |
| | Durée estimée de l'intervention (minutes) | <45 min | 0 | >45 min | 2 | >90 min | 4 |
| | Risque de complications peropératoire (LOB, CBS, NAI, ankylose) | Oui | 2 | Non | 0 | | |

SCORE / 20 =

V. Conclusion

Nous montrons que très peu d'événements indésirables sont survenus au sein du bloc opératoire du service d'odontologie de Clermont-Ferrand. Cependant, dans de trop nombreux cas des doses toxiques d'anesthésiques sont atteintes remettant en cause le niveau sécuritaire des interventions. Ceci étant lié au manque de prise en charge de l'anxiété préopératoire du patient. De plus, les opérateurs participent à l'apparition de celle-ci de par leurs prescriptions qui ne sont pas toujours justifiées et par le mauvais choix de prise en charge anesthésique. En effet, des cas tel que l'édentation totale aurait demandé une prise en charge hospitalière sous sédation (Midazolam).

Ce travail a donc pour but d'impliquer et de sensibiliser les chirurgiens-dentistes à la prise en charge de l'anxiété préopératoire pour éviter la survenue d'événements indésirables. Les facteurs de risque que nous démontrons sont certes connus dans la littérature mais très peu étudié dans le domaine dentaire. Nous montrons que la prise en compte de cette anxiété préopératoire fait appel à des moyens assez simples, comme en particulier prendre le temps d'informer le patient du déroulement de l'intervention. Détecter sa sensibilité à l'écoute musicale sera un facteur protecteur sur lequel il faudra appuyer en peropératoire. Lorsque le patient présentera des facteurs à haut risque d'une anxiété préopératoire il conviendra alors de se tourner vers des techniques de sédation voire une prise en charge sous anesthésie générale. Le but final étant le confort à la fois du patient et du praticien pour augmenter toutes les chances de succès de l'intervention.

Un être impressionné par les procédures de chirurgie-dentaire se trouve assailli de messages anxiogènes. A nous, praticiens, d'y être sensibles, d'utiliser les savoirs que les diverses sciences nous offrent, d'apprendre à privilégier l'Humain, son ressenti, ses peurs et sa douleur...

BIBLIOGRAPHIE :

1. Reuter, N. G., Westgate, P. M., Ingram, M. & Miller, C. S. Death related to dental treatment: a systematic review. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* **123**, 194–204.e10 (2017).
2. Tomlin, P. J. Death in outpatient dental anaesthetic practice. *Anaesthesia* **29**, 551–570 (1974).
3. Coplans, M. P. & Curson, I. Deaths associated with dentistry. *Br. Dent. J.* **153**, 357–362 (1982).
4. Krippaehne, J. A. & Montgomery, M. T. Morbidity and mortality from pharmacosedation and general anesthesia in the dental office. *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* **50**, 691–698; discussion 698–699 (1992).
5. Coplans, M. P. & Curson, I. Deaths associated with dentistry and dental disease 1980–1989. *Anaesthesia* **48**, 435–438 (1993).
6. D’eramo, E. M., Bookless, S. J. & Howard, J. B. Adverse events with outpatient anesthesia in Massachusetts. *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* **61**, 793–800; discussion 800 (2003).
7. Chicka, M. C., Dembo, J. B., Mathu-Muju, K. R., Nash, D. A. & Bush, H. M. Adverse events during pediatric dental anesthesia and sedation: a review of closed malpractice insurance claims. *Pediatr. Dent.* **34**, 231–238 (2012).
8. Malamed, S. F. Morbidity, mortality and local anaesthesia. *Prim. Dent. Care J. Fac. Gen. Dent. Pract. UK* **6**, 11–15 (1999).
9. D’Eramo, E. M., Bontempi, W. J. & Howard, J. B. Anesthesia morbidity and mortality experience among Massachusetts oral and maxillofacial surgeons. *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* **66**, 2421–2433 (2008).
10. Gras, S. *et al.* The effect of preoperative heart rate and anxiety on the propofol dose required for loss of consciousness. *Anesth. Analg.* **110**, 89–93 (2010).
11. Kim, Y., Kim, S. & Myoung, H. Independent predictors of satisfaction in impacted third molar surgery patients. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **38**, 274–286 (2010).
12. Kil, H. K. *et al.* Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. *Br. J. Anaesth.* **108**, 119–125 (2012).
13. Tehranchi, A., Behnia, H. & Younessian, F. Bipolar Disorder: Review of Orthodontic and Orthognathic Surgical Considerations. *J. Craniofac. Surg.* **26**, 1321–1325 (2015).
14. Aznar-Arasa, L., Figueiredo, R., Valmaseda-Castellón, E. & Gay-Escoda, C. Patient anxiety and surgical difficulty in impacted lower third molar extractions: a prospective cohort study. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* **43**, 1131–1136 (2014).
15. Garnier & Delamare. *Dictionnaire des termes de Médecine.* (2009).
16. Raison, C. L., Capuron, L. & Miller, A. H. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol.* **27**, 24–31 (2006).
17. Freud, Sigmund. *Le rêve et son interprétation.* 1908
18. Tarazona, B., Tarazona-Álvarez, P., Peñarrocha-Oltra, D., Rojo-Moreno, J. & Peñarrocha-Diago, M. Anxiety before extraction of impacted lower third molars. *Med. Oral*

Patol. Oral Cirurgia Bucal **20**, e246-250 (2015).

19. van Wijk, A. J., de Jongh, A. & Lindeboom, J. A. Anxiety sensitivity as a predictor of anxiety and pain related to third molar removal. *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* **68**, 2723–2729 (2010).
20. Delfino, J. Public attitudes toward oral surgery: results of a Gallup poll. *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* **55**, 564–567 (1997).
21. Umeanuka, O. T., Saheeb, B. D., Uguru, C. C. & Chukwuneke, F. N. Evaluation of cortisol concentrations in saliva as a measure of stress in patients having routine dental extractions. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* **53**, 557–560 (2015).
22. Senna, P. M., da Silva-Neto, J. P., Sanchez-Ayala, A. & Sotto-Maior, B. S. Implants to improve removable partial denture retention. *Dent. Today* **30**, 118, 120-121; quiz 121, 113 (2011).
23. Johansson, A.-K., Norring, C., Unell, L. & Johansson, A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur. J. Oral Sci.* **120**, 61–68 (2012).
24. Steele, J. G. *et al.* How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **32**, 107–114 (2004).
25. Wiener, R. C., Wiener, M. A. & McNeil, D. W. Comorbid depression/anxiety and teeth removed: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2010. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **43**, 433–443 (2015).
26. Bortoluzzi, M. C. *et al.* Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Contemp. Clin. Dent.* **3**, 393–397 (2012).
27. Nickenig, H.-J., Wichmann, M., Terheyden, H. & Kreppel, M. Oral health-related quality of life and implant therapy: A prospective multicenter study of preoperative, intermediate, and posttreatment assessment. *J. Cranio-Maxillo-fac. Surg. Off. Publ. Eur. Assoc. Cranio-Maxillo-fac. Surg.* **44**, 753–757 (2016).
28. Blomberg, S. Psychiatric aspects of patients treated with bridges on osseointegrated fixtures. *Swed. Dent. J. Suppl.* **28**, 183–192 (1985).
29. Abu Hantash, R. O., Al-Omiri, M. K. & Al-Wahadni, A. M. Psychological impact on implant patients' oral health-related quality of life. *Clin. Oral Implants Res.* **17**, 116–123 (2006).
30. Johannsen, A., Westergren, A. & Johannsen, G. Dental implants from the patients perspective: transition from tooth loss, through amputation to implants - negative and positive trajectories. *J. Clin. Periodontol.* **39**, 681–687 (2012).
31. Muglali, M. & Komerik, N. Factors related to patients' anxiety before and after oral surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* **66**, 870–877 (2008).
32. Egbor, P. E. & Akpata, O. An evaluation of the sociodemographic determinants of dental anxiety in patients scheduled for intra-alveolar extraction. *Libyan J. Med.* **9**, 25433 (2014).
33. Liu, Y. *et al.* Dental fear and its possible relationship with periodontal status in Chinese adults: a preliminary study. *BMC Oral Health* **15**, 18 (2015).
34. Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K. & Alexander, L. D. Origins and characteristics of

- fear of dentistry. *J. Am. Dent. Assoc.* 1939 **86**, 842–848 (1973).
35. Smyth, J. S. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences. *Aust. Dent. J.* **38**, 354–359 (1993).
36. Caumo, W. *et al.* Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol. Scand.* **45**, 298–307 (2001).
37. Wabnegger, A., Scharmüller, W. & Schienle, A. Sex-specific associations between grey matter volume and phobic symptoms in dental phobia. *Neurosci. Lett.* **580**, 83–87 (2014).
38. Bradshaw, P., Hariharan, S. & Chen, D. Does preoperative psychological status of patients affect postoperative pain? A prospective study from the Caribbean. *Br. J. Pain* **10**, 108–115 (2016).
39. Skeppholm, M., Fransson, R., Hammar, M. & Olerud, C. The association between preoperative mental distress and patient-reported outcome measures in patients treated surgically for cervical radiculopathy. *Spine J. Off. J. North Am. Spine Soc.* **17**, 790–798 (2017).
40. Ghoneim, M. M. & O’Hara, M. W. Depression and postoperative complications: an overview. *BMC Surg.* **16**, 5 (2016).
41. Sperner-Unterweger, B., Kohl, C. & Fuchs, D. Immune changes and neurotransmitters: possible interactions in depression? *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* **48**, 268–276 (2014).
42. Bufalino, C., Heggul, N., Aguglia, E. & Pariante, C. M. The role of immune genes in the association between depression and inflammation: a review of recent clinical studies. *Brain. Behav. Immun.* **31**, 31–47 (2013).
43. Nekovarova, T. *et al.* Common mechanisms of pain and depression: are antidepressants also analgesics? *Front. Behav. Neurosci.* **8**, 99 (2014).
44. Lebe, M. *et al.* Association of serotonin-1A and -2A receptor promoter polymorphisms with depressive symptoms, functional recovery, and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery. *Pain* **154**, 377–384 (2013).
45. Okoro, C. A., Strine, T. W., Eke, P. I., Dhingra, S. S. & Balluz, L. S. The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **40**, 134–144 (2012).
46. Candido, M. C., Andreatini, R., Zielak, J. C., de Souza, J. F. & Losso, E. M. Assessment of anxiety in patients who undergo surgical procedures for tooth implants: a prospective study. *Oral Maxillofac. Surg.* **19**, 253–258 (2015).
47. Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Berry, J. T. & Gonzalez, O. Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviors, and asthma control among adults in the United States with asthma, 2006. *J. Asthma Off. J. Assoc. Care Asthma* **45**, 123–133 (2008).
48. Appukuttan, D., Subramanian, S., Tadepalli, A. & Damodaran, L. K. Dental anxiety among adults: an epidemiological study in South India. *North Am. J. Med. Sci.* **7**, 13–18 (2015).
49. Locker, D., Liddell, A. & Burman, D. Dental fear and anxiety in an older adult population. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **19**, 120–124 (1991).

50. Hägglin, C., Berggren, U., Hakeberg, M., Hällstrom, T. & Bengtsson, C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. *J. Dent. Res.* **78**, 1655–1661 (1999).
51. González-Lemonnier, S., Bovaira-Forner, M., Peñarrocha-Diago, M. & Peñarrocha-Oltra, D. Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous conscious sedation. *Med. Oral Patol. Oral Cirugia Bucal* **15**, e379-382 (2010).
52. Locker, D., Shapiro, D. & Liddell, A. Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent. Health* **13**, 86–92 (1996).
53. Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol. Bull.* **124**, 3–21 (1998).
54. López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F. & Sanchez-Siles, M. Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: a prospective study. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* **52**, 18–23 (2014).
55. Yusa, H. *et al.* Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* **98**, 23–27 (2004).
56. Ollendick, T. H. & Grills, A. E. Perceived Control, Family Environment, and the Etiology of Child Anxiety-Revisited. *Behav. Ther.* **47**, 633–642 (2016).
57. Caumo, W. *et al.* Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia* **56**, 720–728 (2001).
58. Fekrat, F., Sahin, A., Yazici, K. M. & Aypar, U. Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital. *Eur. J. Anaesthesiol.* **23**, 227–233 (2006).
59. Badner, N. H., Nielson, W. R., Munk, S., Kwiatkowska, C. & Gelb, A. W. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can. J. Anaesth. J. Can. Anesth.* **37**, 444–447 (1990).
60. Ray, C. & Fitzgibbon, G. Stress arousal and coping with surgery. *Psychol. Med.* **11**, 741–746 (1981).
61. Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T. & Scheidegger, D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth. Analg.* **90**, 706–712 (2000).
62. Gramke, H.-F. *et al.* Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin. J. Pain* **25**, 455–460 (2009).
63. Navarro-García, M. A. *et al.* [Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit]. *Rev. Esp. Cardiol.* **64**, 1005–1010 (2011).
64. Berth, H., Petrowski, K. & Balck, F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. *Psycho-Soc. Med.* **4**, Doc01 (2007).
65. Mitchell, M. Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *J. Adv. Nurs.* **68**, 1014–1025 (2012).
66. Kiyohara, L. Y. *et al.* Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clin.* **59**, 51–56 (2004).

67. Bunker, T. D. An information leaflet for surgical patients. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* **65**, 242–243 (1983).
68. Kazancioglu, H.-O., Dahhan, A.-S. & Acar, A.-H. How could multimedia information about dental implant surgery effects patients' anxiety level? *Med. Oral Patol. Oral Cirugia Bucal* **22**, e102–e107 (2017).
69. Kazancioglu, H. O., Tek, M., Ezirganli, S. & Demirtas, N. Does watching a video on third molar surgery increase patients' anxiety level? *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* **119**, 272–277 (2015).
70. Hally, J., Freeman, R., Yuan, S. & Humphris, G. The importance of acknowledgement of emotions in routine patient psychological assessment: The example of the dental setting. *Patient Educ. Couns.* **100**, 2102–2105 (2017).
71. Goodchild, J. H., Feck, A. S. & Silverman, M. D. Anxiolysis in general dental practice. *Dent. Today* **22**, 106–111 (2003).
72. Feck, A. S. & Goodchild, J. H. The use of anxiolytic medications to supplement local anesthesia in the anxious patient. *Compend. Contin. Educ. Dent. Jamesburg NJ 1995* **26**, 183–186, 188, 190; quiz 191, 209 (2005).
73. Lai, H.-L. *et al.* Randomised controlled trial of music on state anxiety and physiological indices in patients undergoing root canal treatment. *J. Clin. Nurs.* **17**, 2654–2660 (2008).
74. Raocharernporn, S., Boonsiriseth, K., Khanijou, M. & Wongsirichat, N. Hemodynamic changes and pain perception-related anxiety after experiencing an impacted-tooth removal: clinical practice outcome. *J. Dent. Anesth. Pain Med.* **17**, 105–111 (2017).
75. Astramskaitė, I., Poškevičius, L. & Juodžbalys, G. Factors determining tooth extraction anxiety and fear in adult dental patients: a systematic review. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* **45**, 1630–1643 (2016).

ANNEXES :

Annexe 1 : Fiche de bloc opératoire

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|---|-------------------------------|---|
| ETIQUETTE | DOSSIER CIBLE | | Date : | | |
| SOINS ODONTOLOGIE | | | | | |
| Date : | | | | | |
| | Evaluation initiale = Données | Pendant les soins = Actions | Post Opérateur = Résultats | | |
| M | Acte prévu : <input type="checkbox"/> Radio : <input type="checkbox"/> Bilan sanguin <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> H.T.A. <input type="checkbox"/> V.I.H., Hépatite <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Diabète - Glycémie capillaire : ... <input type="checkbox"/> Autre : | Acte réalisé : T.A. (si nécessaire) : T.A. (si nécessaire) : Cas particulier : | | |
| T | <input type="checkbox"/> Antalgique : <input type="checkbox"/> Antibiotique : <input type="checkbox"/> Anticoagulant – Anti-agrégant : | | | | |
| V | Déjà venu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Désorienté Anxiété E.V.A. – Note de 0 à 10 pour l'anxiété ressentie : Douleur E.V.A. – Note de 0 à 10 pour la douleur présente : | Actions en lien avec l'anxiété : ANESTHESIQUES LOCAUX Chlorhydrate d'articaine <input type="checkbox"/> N 1/200 000 – Nbre de carpules : <input type="checkbox"/> SP 1/100 000 Gel anesthésiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ANTALGIQUE <input type="checkbox"/> PERFALGAN® I.V. Heure d'administration : SOLUTIONS I.V. <input type="checkbox"/> G5% <input type="checkbox"/> Sérum physiologique (garde veine) Heure d'administration : ANTI-INFLAMMATOIRE <input type="checkbox"/> Méthyl Prednisolone Hémissuccinate (SOLUMEDROL®) - Poids du patient : - Dose efficace 1 mg / Kg = mg en I.V. AUTRE : | ANTALGIQUES <input type="checkbox"/> Paracétamol Per Os <input type="checkbox"/> 500 mg <input type="checkbox"/> 1 g Heure d'administration : <input type="checkbox"/> Paracétamol + Codéine (500 / 30 mg) <input type="checkbox"/> 1 cp <input type="checkbox"/> 2 cp Heure d'administration : <input type="checkbox"/> Ibuprofène Per Os <input type="checkbox"/> 200 mg <input type="checkbox"/> 400 mg Heure d'administration : ANTI-INFLAMMATOIRE <input type="checkbox"/> SOLUPRED® Per Os 1 g - Poids du patient : - Dose efficace 1 mg / Kg = Nb de cp : ANTIBIOTIQUES <input type="checkbox"/> Amoxicilline Per Os 1 g <input type="checkbox"/> Amoxicilline + Acide clavulanique Per Os 1 g <input type="checkbox"/> Clindamycine Per Os 300 mg <input type="checkbox"/> Pristinamycine Per Os 1 g <input type="checkbox"/> Métronidazole Per Os 1 g <input type="checkbox"/> Spiramycine + Métronidazole Per Os 2 cp <input type="checkbox"/> Autre Heure d'administration : Ordonnance de recours prescrite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Douleur E.V.A. – Note de 0 à 10 pour la douleur présente : Anxiété E.V.A. – Note de 0 à 10 pour l'anxiété ressentie : | | |
| E | <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> Mineur avec autorisation d'opérer | | Informations données à la famille : | | |
| D | Observations : | Observations : | Conseils d'hygiène donnés <input type="checkbox"/> Bucco-dentaire <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Fiche douleur expliquée Retour à domicile <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> V.S.L. Hospitalisation service : | | |
| | Nom : <input type="checkbox"/> I.D.E. <input type="checkbox"/> A.S. <input type="checkbox"/> Assistante sociale | Nom et Signature Praticien | Nom et Signature I.D.E. ayant exécuté la prescription | Nom et Signature Praticien | Nom et Signature I.D.E. ayant exécuté la prescription |

Annexe 2 : HAS – Indications et contre-indications de l’anesthésie générale pour les actes courants d’odontologie et de stomatologie - Juin 2005

1. Aucune évidence scientifique n’a pu être extraite de l’analyse de la littérature. Toutes les recommandations ont été fondées sur un accord professionnel fort.

2. Pré-requis : dans la mesure du possible l’anesthésie locale doit être privilégiée. Le rapport bénéfice-risque de l’anesthésie générale (AG) doit être évalué avant d’en poser l’indication. Une consultation de pré-anesthésie, l’information du patient (ou du représentant légal) et l’obtention de son consentement éclairé sont des obligations légales. Un courrier du praticien précisant l’indication de l’AG est recommandé. Indications :

- liées à l’état général du patient :

conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l’état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil ;

nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapies médico-chirurgicales spécifiques urgentes, par exemple : carcinologie, hématologie, cardiologie, greffe d’organe ;

limitation de l’ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat; réflexes nauséux prononcés ;

- liées à l’intervention :

interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance ;

état infectieux loco-régional nécessitant d’intervenir en urgence (par exemple : geste associé de drainage et/ou débridement extractions dans le cadre d’une ostéoradionécrose) ;

- liées à l’anesthésie locale :

contre-indications avérées de l’anesthésie locale, c’est-à-dire allergie confirmée par un bilan d’allergologie et contre-indications spécifiées dans l’Autorisation de Mise sur le Marché (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments,) ;

impossibilité d’atteindre un niveau d’anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

3. Contre-indications :

- risques anesthésiques majeurs : évaluation nécessaire du bénéfice-risque ;

- refus du patient et/ou des parents ou du représentant légal.

Une étude de pratique est à mener afin d’affiner les connaissances sur l’origine de l’hétérogénéité des pratiques.

Annexe 3 : Résumé de la recherche bibliographique concernant les facteurs à risque d'une anxiété préopératoire.

| Facteur de risque | Auteurs démontrant son implication significative sur l'anxiété préopératoire |
|---|---|
| Age | Erkilic 2017, Birch 1993, Egbor 2014, Tarazona 2015, Caumo 2001, Hermes 2007, Candido 2015, Riddle 2010, Chan 2004, Laufenberg 2013 |
| Sexe | Domar 1989, Hashem 2006, Hermes 2007, Muglali 2008, Erkilic 2017, Kazancioglu 2017, Riddle 2010, Caumo 2001, Egbor 2014, Tarazona 2015, Khan & Nazir 2007, Rosen 2008, Haugen 2009, Jawaid 2007, Perks 2009, Bradshaw 2016, Moerman 1996, Laufenberg 2013 |
| Accompagnement le jour de la chirurgie | Domar 1989 |
| Statut marital | Egbor 2014, Riddle 2010, Dirik 2003, Vilmaz 2012 |
| Niveau éducation | Caumo 2001, Mitchel 2012, Mc Donald 2004, Egbor 2014, Riddle 2010, Chan 2004, Aykent 2007, Wang 2008, Brodshaw 2016 |
| Type de chirurgie | Jawaid 2007, Yilmaz 2012, Laufenberg 2013, Egbor 2014 |
| Durée de l'intervention | Bovaira 2017, Lopez-Jorret 2014, Egbor 2014, Bradshaw 2016 |
| Nombre de sites dentaire | Vallerand 1994, Bovaira 2017, Lopez-Jorret 2014 |
| Statut économique | Egbor 2014, Yardaçi 2004, Lincon 2005, Erkilic 2017, Caumo 2001 |
| Passé dentaire | Egbor 2014, Aybala 2014, Caumo 2001 |

BOYER (Nelly) - « ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ACTIVITÉ DU BLOC OPERATOIRE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU CHU ESTAING DE CLERMONT-FERRAND. PARTIE II : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN COMPTE DE L'ANXIETE PREOPERATOIRE ? »

9ill., 9 tabl., 3ann., 30 cm. - (Thèse : Chir. Dent. ; Clermont-ferrand I ; 2017) - N°

Résumé : Malgré l'avancée technologique dans le domaine dentaire, le chirurgien-dentiste est encore confronté à la survenue d'événements indésirables lors des procédures de chirurgie orale ou implantaire. Ces incidents sont à 94% directement reliés à l'anesthésie locale, elle-même influencée par l'anxiété préopératoire. Nous avons mené une étude rétrospective sur deux ans de l'activité du bloc opératoire du service d'odontologie du CHU Estaing de Clermont-Ferrand, incluant 1368 patients. Les objectifs étaient dans un premier temps de vérifier si la prise en charge des patients sous anesthésie locale est sécuritaire et dans un second comment améliorer la prise en compte de l'anxiété préopératoire. Nous avons montré que très peu d'événements indésirables sont survenus. Cependant des cas de doses toxiques d'anesthésiques, en lien avec un éventuel manque de prise en charge de l'anxiété préopératoire, ont été relevés, remettant en cause le niveau sécuritaire des interventions. De plus, des prescriptions non justifiées et un mauvais choix de prise en charge anesthésique favoriseraient l'apparition de cette anxiété préopératoire. Un questionnaire décisionnel permettant de préférer une prise en charge sous anesthésie locale ou nécessitant la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur (sédation ou anesthésie générale) a donc été proposé.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Etude dentaire

MOTS CLES : anesthésie locale, anxiété, chirurgie orale, chirurgie implantaire, événements indésirables

MOTS CLES ANGLAIS : local anesthesia, anxiety, oral surgery, implantology, undesirable events

JURY :

Président : Mme Stéphanie TUBERT, Professeur des Universités
Assesseurs: M. Laurent DEVOIZE, Professeur des Universités
Mme Estelle MACHAT, Maître de Conférences des Universités
Mme Solveig VAUTEY, Assistant

ADRESSE DE L'AUTEUR :

BOYER Nelly
6 RUE TOUSSAINT LOUVERTURE
63100 CLERMONT-FERRAND

