

Urgences odontologiques

V. Ahoosi, G. Perrot, L. They, G. Potard, D. Perrin

Si les urgences odontologiques engagent exceptionnellement le pronostic vital, elles sont néanmoins invalidantes par la douleur et les conséquences à long terme. Par exemple, un enfant de 10 ans, victime d'un accident de roller, présente une fracture du tibia et l'expulsion de deux incisives supérieures ; la prise en charge orthopédique est immédiate et la réparation bien souvent « ad integrum » s'effectue au bout de quelques semaines ; la non-réimplantation des incisives engendre des séquelles esthétiques et fonctionnelles à vie. Les urgences odontologiques participent par ailleurs, de par leur nombre et leur diversité, à l'engorgement des services d'urgences générales. La prise en charge odontologique peut se répartir en six catégories : les syndromes algiques ; les traumatismes buccodentaires ; les hémorragies ; les pathologies infectieuses ; les troubles de l'articulation temporomandibulaire et les pathologies de la muqueuse buccale. Le but de cet article est de permettre au médecin urgentiste de les identifier et de faciliter leur gestion : soit réaliser lui-même le traitement ; soit orienter le patient vers un odontologiste.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Odontologie ; Hémorragie ; Abscès ; Luxation ; Articulation temporomandibulaire

Plan

■ Introduction	1
Anamnèse	2
Examen exobuccal	2
Examen endobuccal	2
Examens radiologiques	3
■ Syndrome algique	3
Évaluation et physiopathologie de la douleur d'origine dentaire	3
Prise en charge de la douleur au SAU	4
■ Traumatisme alvéolodentaire	6
Atteintes des dents temporaires	7
Atteintes des dents permanentes	8
■ Urgence hémorragique	10
Manifestations cliniques	11
■ Urgence infectieuse	12
Maladies parodontales nécrotiques	12
Abscès du parodonte	13
Abscès périapical	13
Cellulites	13
■ Troubles de l'articulation temporomandibulaire	15
Luxation condylienne	16
Luxation condylo-discala irréductible aiguë bilatérale et dysfonctions musculaires	16
■ Lésions de la muqueuse buccale	19
Lésions traumatiques induites par une prothèse dentaire	19
Lésions provoquées par un dispositif d'orthodontie	20
■ Conclusion	21

■ Introduction

Les urgences odontologiques sont des motifs d'accueil au service des urgences (SAU). Les principaux items à l'origine de ces consultations d'urgence sont la douleur, le traumatisme, l'infection, l'hémorragie ^[1], les troubles de l'articulation temporomandibulaire, les pathologies de la muqueuse buccale induites par une prothèse ou par un appareil d'orthodontie.

Il nous faut en premier éliminer du cadre des urgences tous les problèmes dentaires représentés par le descellement d'une couronne, la fracture d'une prothèse ou la perte d'une obturation dentaire non douloureuse. La prise en charge de ces patients au SAU n'a pas vraiment sa place et peut être différée pour être traitée lors de consultation programmée. Une étude réalisée par Ahoosi et al. ^[2] montre que 46 % des motifs d'appel sont les algies, 33 % représentent les pathologies infectieuses, 15 % sont les traumatismes, 2 % les hémorragies et 4 % des motifs classés autres. Il n'y a pas de limite d'âge pour les urgences odontologiques ; cependant, la tranche la plus importante se situe entre 1 an et 25 ans (Fig. 1, 2) ^[2].

Une enquête multicentrique menée sur quatre centres hospitaliers donne sensiblement les mêmes résultats (Fig. 3) ^[3].

Ces urgences présentent exceptionnellement un risque vital, mais elles s'expriment sous différentes formes cliniques dont

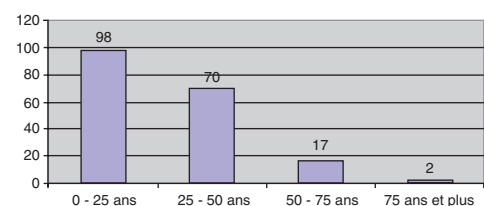


Figure 1. Répartition des tranches d'âge de patients consultant en urgence.

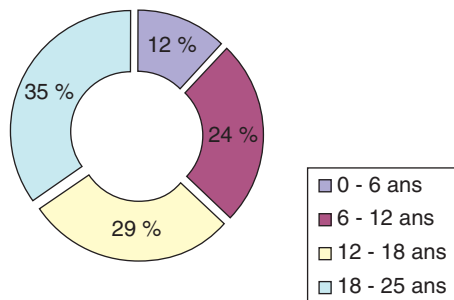


Figure 2. Répartition des âges pour les 0-25 ans consultant en urgence.

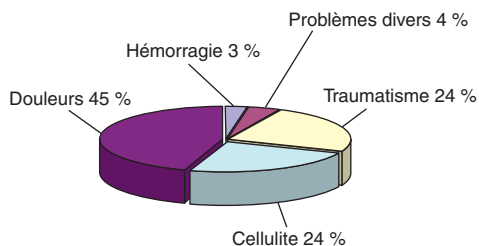


Figure 3. Répartition des différentes causes dentaires d'appel au Service des urgences.

certaines demandent une prise en charge immédiate. S'il est vrai que certaines de ces pathologies relèvent plus de la « bobologie » que réellement de l'urgence et participent, par le nombre de consultants, à l'encombrement du SAU, le médecin urgentiste doit garder en mémoire l'expression buccodentaire de certaines pathologies générales parfois malignes, qui sont des pièges d'une pratique clinique [4].

Ce travail se propose d'aider le médecin urgentiste à discerner à travers les urgences odontologiques celles qu'il va pouvoir traiter et celles qui vont demander l'intervention de l'odontologue pour une meilleure prise en charge des patients. En cas de lésions associées, traumatismes maxillofacial et crânien, le patient est pris en charge par le service compétent.

Anamnèse

Dans un premier temps, le motif de consultation est précisé et oriente l'interrogatoire [5]. Dans un deuxième temps, les antécédents médicaux et chirurgicaux des patients sont pris en compte : anomalies cardiovasculaires ; anomalies acquises ou

constitutionnelles de la coagulation ; patients âgés ; patients ayant subi une irradiation cervicofaciale ; femme enceinte ou allaitante ; patient diabétique ...

Des critères tels que la fatigue, la pâleur, la fièvre, une dysphagie, une automédication excessive sont retenus pour la prise en charge du patient.

Les patients au statut social précaire sont de plus en plus nombreux à consulter au SAU. Leur cavité buccale est souvent dans un mauvais état ; après le traitement d'urgence, il doit leur être proposé de poursuivre les soins dans une structure adaptée (centres dentaires mutualistes, maisons dentaires communales ...). Dans certains cas, dans l'intérêt du patient, en raison de sa faible compliance, le praticien peut proposer une hospitalisation pour envisager une prise en charge globale sous anesthésie générale.

Examen exobuccal

Selon les signes d'appel, l'examen exobuccal précise la présence d'une tuméfaction jugale, d'une adénopathie, d'une fistule, d'un traumatisme, d'un hématome ou d'une atteinte des articulations temporomandibulaires. L'amplitude de l'ouverture buccale est évaluée, la présence d'un trismus serré conditionne dans certaines circonstances l'hospitalisation du patient. La description et l'ampleur des plaies des tissus péri-buccaux sont à prendre en compte.

Examen endobuccal

Concernant les atteintes dentaires, la distinction « dent temporaire-dent définitive » est décisive en regard de la conduite à tenir. Les différents stades de dentition, la nomenclature internationale et l'anatomie dentaire doivent également être connus par l'urgentiste et sont rappelés dans la Figure 4.

Atteintes carieuses des tissus dentaires

Chez l'enfant

Les dents temporaires présentent des particularités structurelles et morphologiques par rapport à celles des adultes : hypominéralisation ; couronnes globuleuses ; sillons anfractueux facilitant la colonisation bactérienne.

Les caries évoluent rapidement sans manifestations pulpaires algiques et aboutissent à la nécrose puis à l'abcès (risque pour le germe sous-jacent). Dans la plupart des cas, les manifestations douloureuses s'expliquent par le fort délabrement coronaire provoquant un tassement alimentaire de la gencive (syndrome du septum) [6] (Fig. 5).

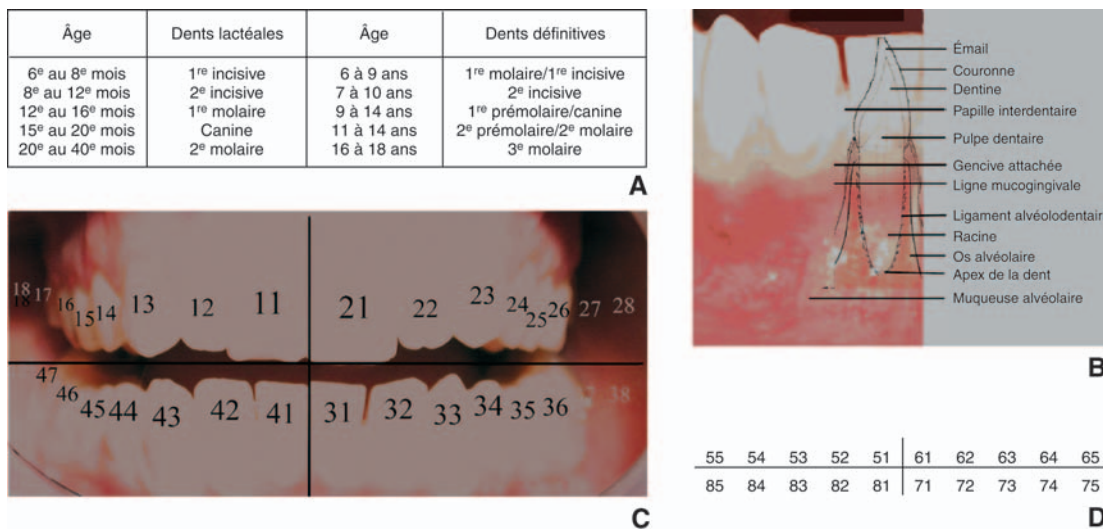


Figure 4. Rappels généraux.
A. Âge d'éruption dentaire.
B. Anatomie dentaire.
C. Nomenclature des dents définitives.
D. Nomenclature des dents lactéales.



Figure 5. Mauvais état buccodentaire chez l'enfant.



Figure 6. Mauvais état buccodentaire chez l'adulte.

Chez l'adulte

Le mauvais état dentaire est la première cause de consultation en urgence. Les raisons sont diverses : négligence ; « peur du dentiste » ; situation sociale précaire (Fig. 6). C'est évidemment la douleur qui est l'élément dominant. Parfois, l'examen clinique endobuccal est frustrant, la bouche semble saine et cependant la douleur est présente. Cette situation peut se retrouver chez des patients en cours de soin ou présentant de nombreuses dents soignées ou couronnées. En effet, la reprise d'un processus carieux sous une obturation, le réveil d'un foyer infectieux chronique sous une couronne, la fracture coronaradiculaire insidieuse, sont des éléments qui, en bouche, ne montrent rien de particulier.

À l'inverse, le médecin urgentiste peut constater la présence de nombreuses caries, voire de dents totalement délabrées et dont il ne reste plus que la racine. Parfois, la présence de fistule vestibulaire est à noter. Devant un tableau clinique sévère, la difficulté réside à trouver la dent causale.

Atteintes traumatiques

Face à un traumatisme buccodentaire, le praticien recherche les atteintes dentaires (mobilités, pertes de substance avec ou sans exposition pulpaire), met en évidence un trouble de l'articulé en demandant au patient de serrer les dents, constate les dilacérations des tissus mous et recherche des corps étrangers ou des fragments dentaires impactés par la réalisation d'un parage alvéolaire. Celui-ci consiste à visiter et nettoyer le site à l'aide d'une curette.

Complications infectieuses

Les complications infectieuses ont plusieurs étiologies possibles :

- endodontiques : contamination du périapex de la dent via le système endocanalair (suite à une nécrose pulpaire) ;
- parodontales : atteintes des tissus périodontaires ;
- postchirurgicales.

Les signes cliniques à rechercher sont :

- une tuméfaction de la muqueuse buccale en regard de la dent causale associée ou non à une fistule ;
- une halitose (mauvaise haleine) ;

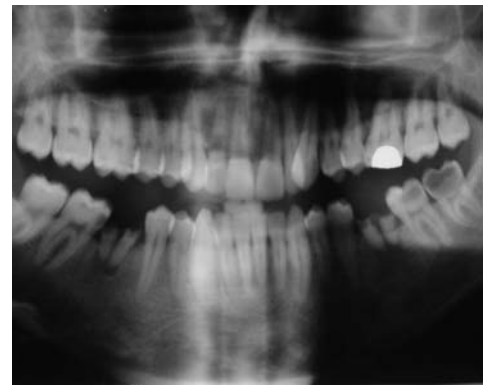


Figure 7. Orthopantomogramme : mauvais état buccodentaire.

- une inflammation gingivale avec des saignements fréquents, au brossage, à la mastication, parfois spontanés ;
- une mobilité dentaire ;
- une présence de dépôts bactériens, de tartre et un délabrement de la couronne dentaire ;
- une douleur accentuée par la mastication.

Complications hémorragiques

La visualisation d'un caillot ou d'un saignement détermine la localisation de l'effraction vasculaire ou tissulaire. La détermination de l'origine du saignement, artériel ou veineux, oriente l'urgentiste dans sa démarche. La présence d'une malformation artérioveineuse, bien qu'exceptionnelle, doit être recherchée [7, 8].

Atteintes de la muqueuse buccale

Face à une lésion de la muqueuse buccale, le praticien recherche la présence d'un facteur iatrogène (prothèse, dispositif d'orthodontie mal adapté) ou suspecte une autre lésion non traitée dans cet article [4].

Examens radiologiques [9]

L'orthopantomogramme (cliché panoramique dentaire) est l'examen de choix. Il donne une vision globale de la cavité buccale, en précisant le degré d'évolution dentaire et d'édification radiculaire avec l'éventuelle présence d'éléments inclus. Dans le cadre de la recherche d'une pathologie, ce cliché précise les fractures dentaires, les atteintes carieuses et les complications infectieuses (Fig. 7).

Enfin, cet examen peut être complété à l'aide d'un cliché rétroalvéolaire, d'un mordu occlusal, etc.

■ Syndrome algique

Évaluation et physiopathologie de la douleur d'origine dentaire

L'exploration de la douleur se fait essentiellement par son aspect qualitatif, temporel et spatial. L'évaluation de la douleur dans ces circonstances repose à la fois sur un examen clinique et sur un questionnaire adapté. L'aspect qualitatif met en évidence des douleurs au chaud, au froid, aux sucres, des élancements en éclair ou des pulsations. Le patient décrit des impressions de lourdeur, de compression, de chaleur, de brûlure. L'aspect temporel de la douleur précise si cette dernière est déclenchée à la mastication ou par des variations thermiques, si elle est continue ou fugace. L'aspect spatial doit déterminer sa localisation. La topographie du territoire douloureux guide le médecin urgentiste dans son diagnostic différentiel sur son origine. Des douleurs irradiantes sur une hémiface, a priori loin d'un élément dentaire, peuvent avoir une origine odontologique. Par ailleurs, il faut avoir à l'esprit que des douleurs imputées aux dents ont une autre origine (névralgie de la cinquième paire des nerfs crâniens).

En odontologie, comme pour les autres spécialités, la douleur a un aspect comportemental. Les phénomènes douloureux ont

Tableau 1.

Expression de la douleur dentaire.

Aspect de la douleur	Expression de la douleur dentaire
Qualitatif	Chaud, froid, sucré, élancements en éclair, douleurs pulsatives, impression de lourdeur, de compression
Temporel	Douleur à la mastication, à des variations thermiques, continue ou fugace
Spatial	Localisation de la douleur
Comportemental	Réveil nocturne, travail manuel ou intellectuel difficile, arrêt de toute activité

à la fois une composante neurophysiologique et une composante psychologique. Leur incidence sur le comportement peut se traduire par un réveil nocturne, une gêne du travail intellectuel et manuel, voire un arrêt de toute activité (Tableau 1). La physiologie et la pathogénie des douleurs dentaires s'expliquent par une réaction inflammatoire pulpaire due à une exposition des tubuli dentinaires aux bactéries buccales et à leurs produits métaboliques. Le seuil d'excitation thermique des fibres nerveuses est modifié par la libération des médiateurs de l'inflammation [10]. Le traitement local du processus carieux est impératif pour éviter son évolution.

Prise en charge de la douleur au SAU

Nous ne prenons en considération que les douleurs dues au développement de la maladie carieuse (douleur dentinopulpaire, pulpaire) et desmodontale (ligament alvéolodentaire) [11, 12].

De fait, le médecin urgentiste dispose d'une panoplie de molécules analgésiques suffisante pour traiter l'ensemble de ces douleurs. Dans certaines situations, l'analgésie obtenue est de courte durée, mais elle permet d'attendre la prise en charge par l'odontologiste dans des délais les plus brefs [13-15].

Douleurs dentinopulpaire

Manifestations cliniques

Elles restent limitées à la durée d'application de la cause déclenchante et ne sont pas rémanentes. Les causes déclenchantes sont le chaud, le froid, mais également des agents chimiques tels que les sucres. Sans traitement du processus carieux, elles évoluent vers la douleur pulpaire.

Prise en charge

Par l'urgentiste. Ces douleurs dentinopulpaire sont traitées avec des antalgiques de niveau 1 ou 2a. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) prescrits à dose antalgique peuvent être utilisés si un diagnostic de certitude exclut tout risque de foyer infectieux buccodentaire sous-jacent [16]. D'autre part, étant donné les risques rénaux, cutanés, digestifs, hématologiques et allergiques des AINS, leur prescription doit être réfléchi. À ce stade de l'atteinte pulpaire, la prise en charge odontologique peut être différée ; elle n'en demeure pas moins obligatoire dans les heures ou les jours qui suivent [17].

Par l'odontologiste. Il ne s'agit pas de décrire la technique opératoire de chaque acte, mais d'en donner simplement les principes. L'atteinte dentinopulpaire est un syndrome réversible. Le geste sous anesthésie locale consiste à l'éviction des tissus cariés et à la mise en place d'un pansement calmant par une obturation provisoire à base d'eugénol et d'oxyde de zinc. L'obturation définitive est réalisée secondairement.

Douleurs pulpaire

Manifestations cliniques

Elles sont spontanées, pulsatives, parfois permanentes, exacerbées par le froid mais également par l'activité physique et le décubitus. Les douleurs pulpaire peuvent être d'une extrême violence [18].

Prise en charge

Par l'urgentiste. La prise en charge dépend de la présence ou non d'un odontologiste. Si l'urgentiste doit résoudre seul le

problème, souvent les antalgiques de niveau 2a et 2b ne sont pas suffisants. Parfois, les analgésiques de niveau 3 sont indiqués, en injection en première intention relayée par une prise per os pour attendre quelques heures avant d'entreprendre de façon impérative et rapide un traitement odontologique.

Par l'odontologiste. Dans les douleurs pulpaire aiguës irréversibles, le geste sous anesthésie locale consiste en urgence à l'exérèse de la pulpe camérale et canalaire avec la mise en place d'une médication locale antiseptique sous une obturation provisoire étanche. Dans un deuxième temps, le praticien réalise la mise en forme et l'obturation des canaux. Ces interventions doivent être réalisées dans des conditions d'asepsie rigoureuse tout au long du traitement. La règle est de réaliser les soins avec un minimum de séances afin de limiter les suites douloureuses et le risque de contamination ; il est même souhaitable de traiter en une séance.



Douleurs desmodontales

Manifestations cliniques

Si le patient signale l'impression d'une dent trop longue, très douloureuse à la moindre pression, ceci signifie une atteinte du ligament alvéolodentaire, par la seule progression du processus carieux, ou la possibilité d'une association avec une atteinte parodontale et/ou apicale.

Prise en charge (Fig. 8)

Par l'urgentiste. Dans un certain nombre de cas, l'urgentiste peut résoudre momentanément le problème de la douleur par une prescription d'antalgique de niveau 1 ou 2a. Cependant, ces douleurs pouvant survenir au réveil d'un foyer infectieux chronique ou lors d'un abcès parodontal, il ne faut pas prescrire les AINS comme antalgiques et associer à la prescription des antibiotiques. Comme pour toutes les situations, si un odontologiste est disponible, la prise en charge n'en est que plus efficace (Tableau 2).

Par l'odontologiste. Dans les douleurs desmodontales, de par leurs causes multiples, le choix de l'intervention se fait sur la pertinence du diagnostic positif et différentiel. Le traitement mis en œuvre par l'odontologiste peut faire appel au simple drainage par cathétérisme des canaux. Il peut être complété par la mise au repos de la dent par un léger meulage afin d'éviter le contact avec la dent antagoniste. Quel que soit le geste réalisé par l'odontologiste, la prescription d'un antalgique éventuellement associé à des antibiotiques est de règle en postopératoire.

Douleur postopératoire

Les principales causes de douleur postopératoire en odontologie sont de trois types.

Le patient, après l'intervention, a reçu une prescription antalgique mal adaptée ou pas de prescription du tout. Cette situation relativement rare n'est pas exceptionnelle. Elle est réglée par une prescription antalgique adéquate [19].

Le patient présente une complication infectieuse importante (cellulite, cf. infra).

Le patient présente dans les 3 à 5 jours après une extraction dentaire des douleurs de plus en plus violentes et non calmées par les antalgiques. Elles correspondent à une atteinte localisée des procès alvéolaires, qui se traduit par une alvéolite suppurée ou sèche.

Dans ces deux situations, un examen radiologique permet de rechercher la présence de racines résiduelles ou de séquestre osseux (Fig. 9).

Alvéolite suppurée

Manifestations cliniques. L'alvéole de la dent extraite est recouverte d'un caillot noirâtre saignant laissant parfois sourdre du pus. La muqueuse alentour est tuméfiée, bourgeonnante, inflammatoire et le patient décrit une sensation de pulsation. Des signes infectieux peuvent être présents : fièvre et adénopathie. Cette surinfection de l'alvéole ou du caillot est souvent due à un parage insuffisant de l'alvéole après l'extraction [20].

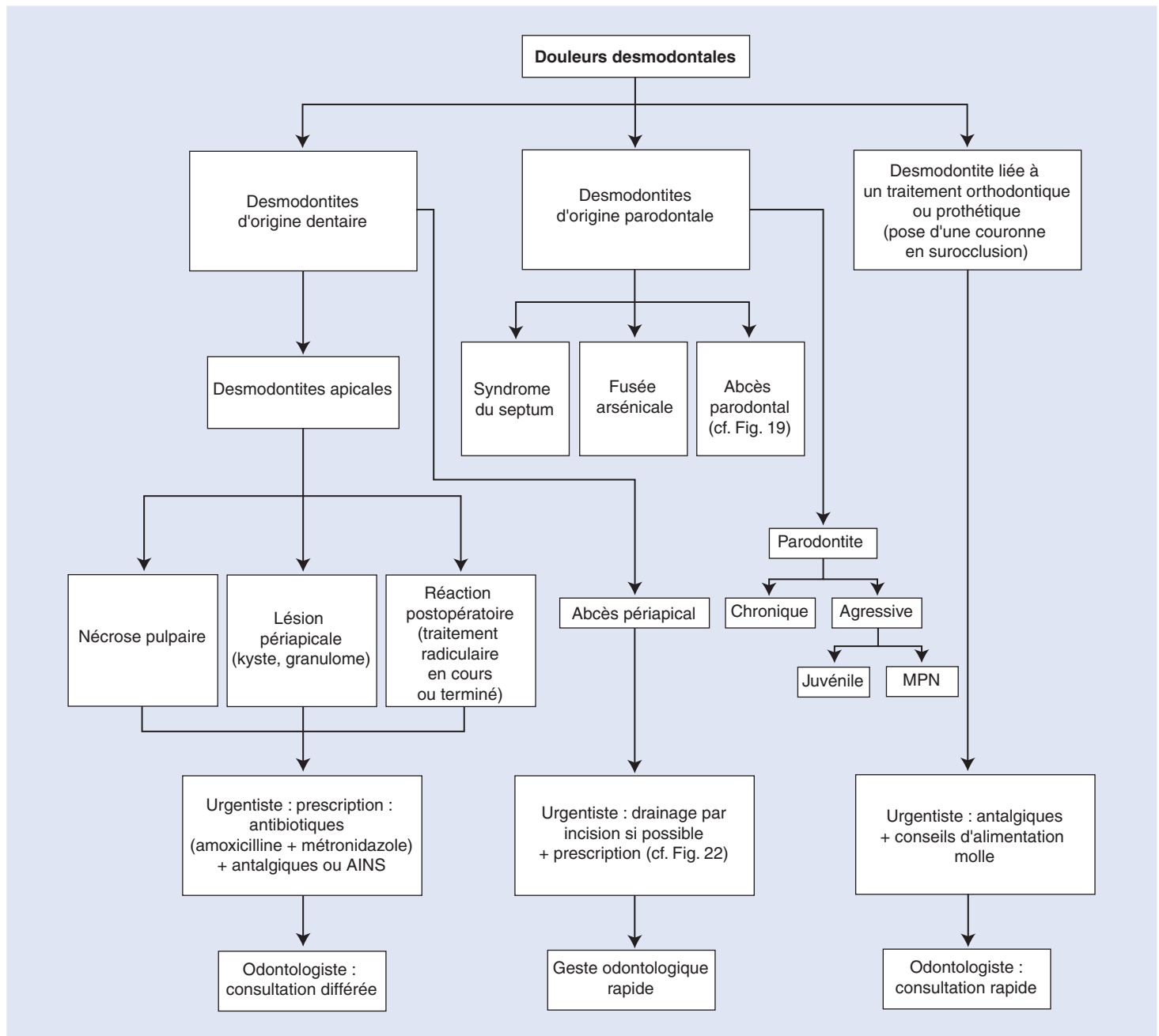


Figure 8. Arbre décisionnel. Douleurs desmodontales.
MPN : maladie parodontale nécrotique ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

Tableau 2.
Médications pour les douleurs dentaires.

Type de douleur	Prise en charge par l'urgentiste	Prise en charge par l'odontologiste
Douleurs dentinopulpaire	Antalgiques niveau 1-2a (AINS) Consultation odontologique différée	Pansement calmant sous anesthésie locale et prescription
Douleurs pulpaire	Antalgiques niveau 2b-3 Consultation odontologique dans des délais très courts	Biopulpectomie sous anesthésie locale et prescription
Douleurs desmodontales	Antalgiques niveau 1-2a (plus antibiotiques) Consultation odontologique dans des délais courts	Drainage par cathétérisme des canaux, mise en surocclusion et prescription

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Prise en charge (Fig. 10).

Par l'urgentiste. Devant une alvéolite suppurée, le traitement de choix fait appel à l'odontologiste. Si l'organisation des urgences ne permet pas de disposer d'un spécialiste, le médecin urgentiste prescrit antalgiques et antibiotiques, et conseille fortement au patient de consulter son praticien traitant le plus

rapidement. En l'absence de tout traitement, aucune évolution favorable n'est à attendre.

Par l'odontologiste. La prise en charge odontologique consiste sous anesthésie locale à réviser soigneusement l'alvéole pour éliminer le caillot infecté, mais également tout tissu de granulation intra- et péri-alvéolaire. Un contrôle radiographique

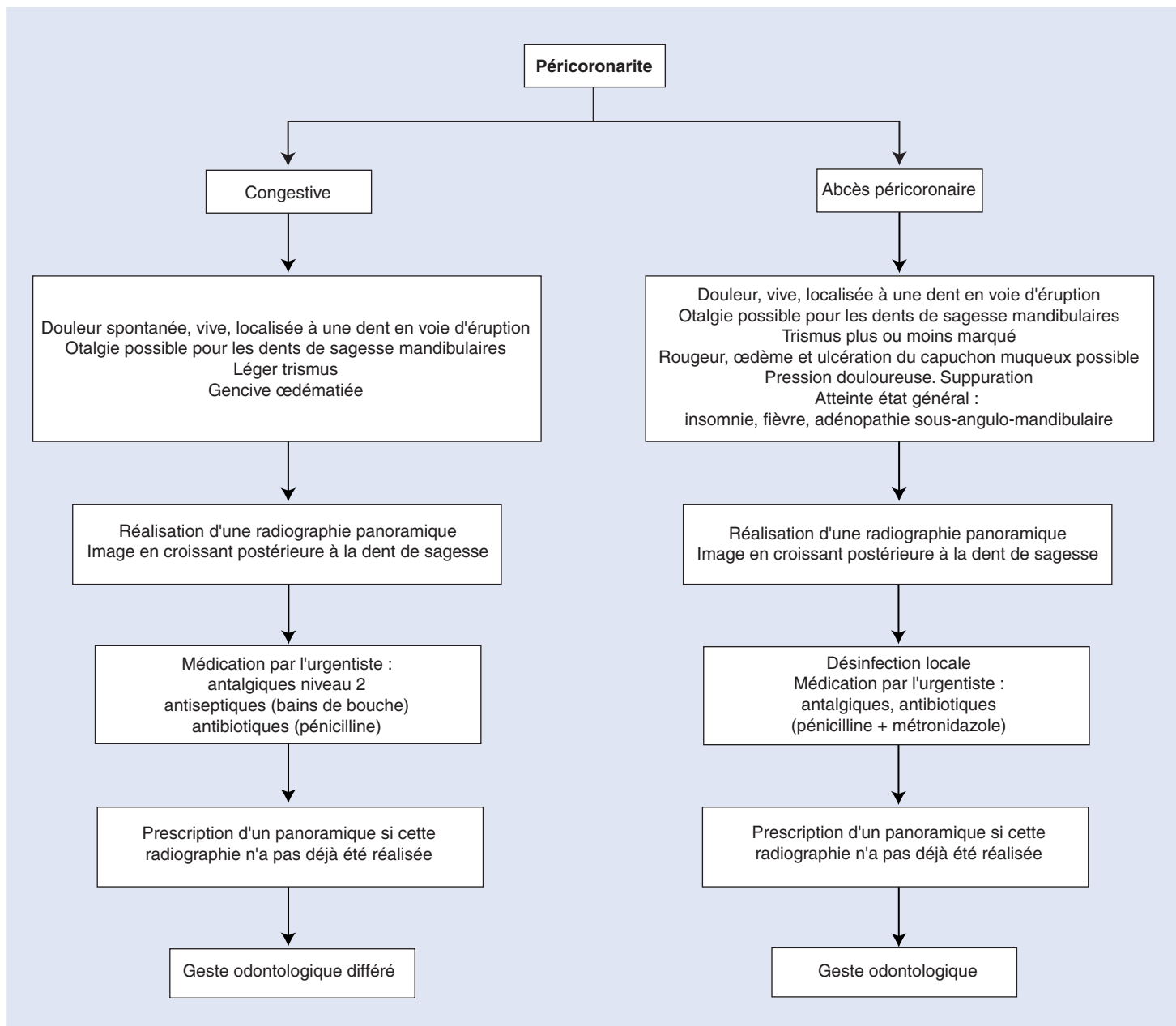


Figure 9. Arbre décisionnel. Péricoronarites.
Remarque : jamais d'anti-inflammatoire sans antibiotique.

s'impose. Si ce geste est réalisé rapidement après les premiers symptômes, la prescription d'antibiotiques n'est pas systématique, antalgiques et soins locaux sont suffisants.

Alvéolite sèche (« dry socket » des Anglo-Saxons)

Manifestations cliniques. L'alvéole de la dent extraite, bien souvent une molaire inférieure, est vide de tout caillot, l'os apparaît blanchâtre et une intense odeur fétide se dégage. La muqueuse alentour est normale. Cette complication n'est pas exceptionnelle ; son incidence est de 1 à 3 % pour une extraction facile et de 14 à 35 % pour une dent de sagesse incluse [20].

Prise en charge (Fig. 11)

Par l'urgentiste. Devant une alvéolite sèche traitée en urgence, le médecin urgentiste a une part prépondérante. La prise en charge de la douleur insupportable est une véritable urgence. Le choix d'une prescription analgésique adaptée et immédiate s'impose, de niveau 2b ou de niveau 3. Il est inutile de l'associer à une prescription antibiotique (Tableau 3). La prise en charge odontologique n'est pas la priorité ; elle peut très bien être différée au lendemain.

Par l'odontologiste. Le protocole de prise en charge de l'alvéolite sèche n'est pas clairement défini. Chaque praticien, riche de son expérience, fait appel à des recettes multiples et variées

dont le seul but est de calmer la douleur. Deux principes dominent : l'un consiste à mettre dans l'alvéole vide des onguents contenant des anesthésiques, sans succès spectaculaire ; l'autre consiste, sous anesthésie locale, à nettoyer l'alvéole et à raviver l'os atone pour obtenir un caillot efficace. Ce geste, souvent douloureux malgré l'anesthésie, n'est pas facile à réaliser chez un patient déjà fatigué par plusieurs jours de douleur violente. Dans certains cas, une automédication de plusieurs jours à forte dose à l'aspirine ou aux AINS peut contre-indiquer la réalisation d'un traitement d'urgence [21].

■ Traumatisme alvéolodentaire [22, 23]

Dans ce chapitre, nous traitons les traumatismes chez l'enfant et chez l'adulte, en expliquant les différentes prises en charge. Nous examinons dans un premier temps les atteintes des tissus de soutien des dents, puis les atteintes dentaires propres. La prise en charge des traumatismes dans le cadre des urgences, notamment lorsqu'il s'agit d'un enfant, s'accompagne d'un contexte psychologique évident (stress de l'enfant et des parents) qu'il faut gérer au mieux, dans l'intérêt du patient.

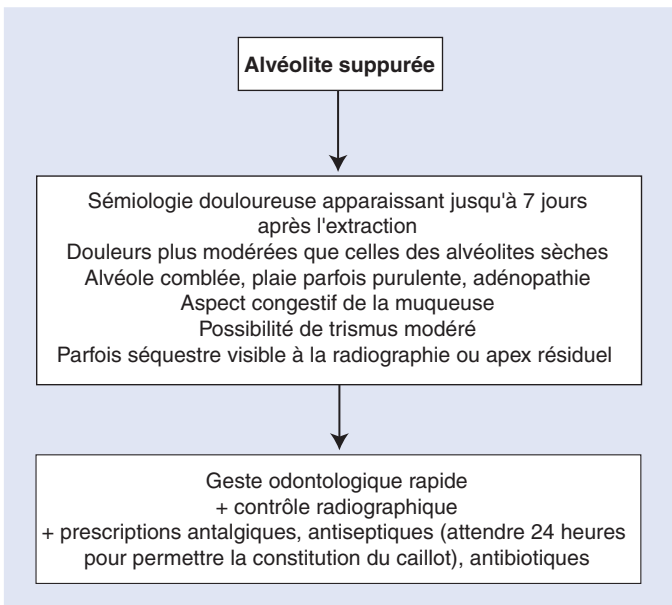


Figure 10. Arbre décisionnel. Alvéolite suppurée.

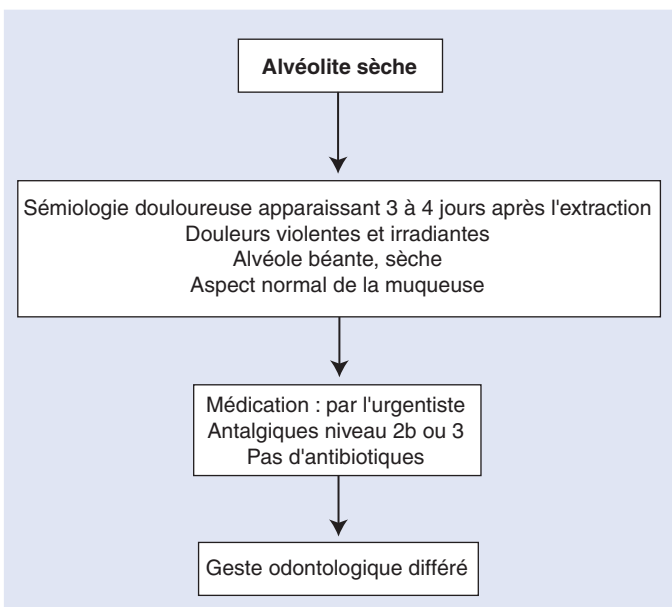


Figure 11. Arbre décisionnel. Alvéolite sèche.

Tableau 3. Médication des alvéolites.

Type d'alvéolite	Prise en charge par l'urgentiste	Prise en charge par l'odontologiste
Alvéolite sèche	Antalgique de niveau 2b, 3 Pas d'antibiothérapie	Soins locaux répétés Pansement intra-alvéolaire à visée antalgique et antiseptique
Alvéolite suppurée	Antalgique de niveau 2 Antibiothérapie à large spectre	Réalisation d'un curetage de l'alvéole

La vaccination antitétanique est vérifiée et mise à jour si nécessaire.

Un certificat médical initial précis, obligatoire, doit comporter la topographie des lésions, les signes cliniques, les réserves d'usage concernant la vitalité pulpaire, la pérennité des dents définitives et une éventuelle lésion d'un germe en fonction de l'âge du patient [24].

“ À retenir

Alvéolite sèche

L'alvéolite sèche est caractérisée par la douleur ressentie par le patient, qui est violente, persistante, lancinante, irradiante et très peu sensible aux antalgiques, même de niveau 2. Le décubitus exacerbe la douleur, l'insomnie est quasi constante, l'alimentation est difficile, la fatigue et la baisse d'activité sont rapidement présentes. Sans traitement, ce tableau clinique diminue progressivement pour disparaître en une quinzaine de jours. La pathogénie de cette alvéolite sèche est toujours discutée ; cependant, l'observation permet d'affirmer que le caillot qui devait se former ne s'est pas formé ou s'est désagrégé trop rapidement. Il est reconnu que le traumatisme opératoire, une anesthésie intraseptale avec vasoconstricteurs, le tabac, des bains de bouche trop précoces, des tics de succion peuvent favoriser la survenue d'une alvéolite sèche.

“ Points forts

Conduite à tenir devant un traumatisme alvéolodentaire

- Rechercher les signes de gravité associés tels que des nausées, des vomissements, des céphalées.
- Pratiquer un examen clinique, extrabuccal et intrabuccal, sans oublier la recherche de signes de fracture mandibulaire ou maxillaire.
- Rechercher des corps étrangers dans les tissus mous.
- Pratiquer un examen radiologique.
- Prendre en charge les plaies cutanéomuqueuses par un parage et des sutures.
- Prendre des photographies avant et après la prise en charge en urgence.
- Rédiger le certificat médical initial, qui est un document médico-légal.
- Vérifier la validité de la vaccination antitétanique.

Le traitement de l'urgence comprend la prise en charge de la douleur, le parage des plaies, la prévention d'une complication infectieuse et la préservation de l'intégrité des tissus dentaires.

Atteintes des dents temporaires [25]

Le plan de traitement pour les dents temporaires est généralement différent de celui des dents permanentes. Parfois, l'extraction de la dent temporaire est une priorité, afin de limiter les dommages créés aux germes sous-jacents. Dans tous les traumatismes impliquant des dents temporaires, la perte de la vitalité pulpaire est systématique à plus ou moins court terme ; le suivi par l'odontologiste est donc obligatoire.

Manifestations cliniques

En raison de la forte malléabilité de l'os de soutien des dents chez l'enfant, les atteintes de l'os alvéolaire et de l'espace parodontal sont plus fréquentes que les fractures dentaires.

Prise en charge

Par l'urgentiste

Face à un traumatisme sur des dents temporaires, le praticien est confronté à des difficultés pour réaliser un examen clinique

précis du fait du jeune âge du patient. L'urgentiste doit gérer le contexte psychologique particulier et savoir distinguer les cas où un geste spécialisé est nécessaire. Pour les traumatismes mineurs (contusions, fractures coronaires sans syndrome algique associé), une prescription (antalgique) et des recommandations (alimentation mixée...) suffisent. La consultation de l'odontologiste est différée.

Lorsque l'enfant se présente suite à la perte accidentelle d'une dent temporaire, le praticien réalise le parage de l'alvéole, et prescrit des antibiotiques et des antalgiques. Dans ces cas, la réimplantation est contre-indiquée, car ce geste provoque des dommages au germe sous-jacent plus importants que le traumatisme lui-même.

Par l'odontologiste

Une consultation chez l'odontologiste est demandée si le diagnostic est incertain. Un examen radiographique est réalisé afin de compléter l'examen clinique. Si l'enfant ne collabore pas, et si un geste est nécessaire, une intervention sous anesthésie générale ou sous sédation consciente est programmée. Si l'enfant accepte les soins, le traitement est fonction du traumatisme subi et du stade de maturation de la dent.

“ Points forts

Atteinte des dents temporaires

- La résilience de l'os alvéolaire chez les enfants est à l'origine des déplacements en cas de traumatisme.
- Conduite à tenir :
 - Réaliser un examen clinique.
 - Réaliser un examen radiologique si possible.
 - Gérer le contexte psychologique particulier de l'enfant.
 - Vérifier la vacuité alvéolaire, à l'aide d'une curette ou d'un instrument mousse, et l'absence de tout autre traumatisme, une dent lactéale pouvant être totalement impactée lors d'une intrusion.
- La réimplantation des dents lactéales n'est pas systématique. Elle est fonction du traumatisme subi et du stade de maturation de la dent.
- Si l'enfant ne collabore pas, et si un geste est nécessaire, une intervention sous anesthésie générale ou sous sédation consciente est programmée.

Atteintes des dents permanentes [25]

Atteintes de l'espace parodontal

Luxation partielle. Extrusion

Manifestations cliniques. À l'examen clinique, la dent est déplacée hors de son alvéole, en position vestibulaire ou palatine. Elle paraît plus longue que les dents controlatérales. La conduite à tenir est fonction du degré de luxation de la dent (Fig. 12).

Prise en charge

Par l'urgentiste. Il conseille une alimentation molle et prescrit des antibiotiques et anti-inflammatoires.

Par l'odontologiste. Le recours à l'odontologiste est nécessaire afin de remettre la dent en place et de réaliser une contention souple dans des cas de déplacement plus important ou de mobilité sévère. Cette contention est maintenue quelques semaines et un suivi de la vitalité pulpaire des dents doit être assuré.

Intrusion

Manifestations cliniques. L'intrusion s'adresse généralement au bloc incisivo-canin maxillaire. La dent est impactée dans son alvéole, entraînant souvent des dégâts alvéolaires importants pouvant aller jusqu'à la perforation du plancher des fosses nasales.

“ À retenir

Luxation partielle. Extrusion

- Le repositionnement de la dent dans son alvéole se fait manuellement, par pression digitale légère, de manière atraumatique, en réalignant la dent par rapport aux voisines, et en vérifiant, lors de la fermeture buccale, les contacts occlusaux avec les dents antagonistes. Il faut vérifier également l'absence de contacts prématurés dans les mouvements de latéralité et de protrusion.
- On réalise une contention souple pendant 2 semaines.
- On surveille tous les signes de nécrose pulpaire par test de vitalité et les résorptions radiculaires possibles par radiographies.
- Ces résorptions ou une nécrose pulpaire nécessitent, dans le cas d'une dent mature, un traitement radiculaire à l'hydroxyde de calcium mis en place pendant au moins une année. Une surveillance de la densité de l'obturation pendant cette période est instaurée afin de réaliser un éventuel renouvellement, en cas de manque, avant le traitement endodontique définitif.
- Dans le cas d'une dent immature, on réalise une technique d'apexification à l'hydroxyde de calcium.
- Les contrôles se pratiquent à la dépose de la contention, puis à 2 mois et tous les 6 mois pendant plusieurs années.

Prise en charge

Par l'urgentiste. La prescription d'antibiotiques, d'anti-inflammatoires et d'antalgiques est de règle. La consultation de l'odontologiste doit être réalisée dans les plus brefs délais.

Par l'odontologiste. Un contrôle radiologique visualise l'ampleur de l'intrusion, ainsi que l'existence d'une éventuelle fracture radiculaire. Le traitement de l'urgence est fonction du stade d'édification radiculaire et de l'ampleur du déplacement. En ce qui concerne les dents immatures, une rééruption spontanée peut s'effectuer dans les semaines qui suivent le traumatisme pour les déplacements minimes. Concernant les intrusions sévères de dents immatures et pour tous les déplacements de dents matures, il faut effectuer la remise en place de la dent dans sa position normale, maintenue à l'aide d'une contention [26]. Le traitement endodontique est entrepris dans une consultation différée.

Expulsion [27, 28]

Clinique. Elle correspond à une perte de l'organe dentaire. À l'examen clinique, l'alvéole est déshabillée.

Prise en charge

Par l'urgentiste. Il s'assure que la dent expulsée est retrouvée. Pour envisager une réimplantation dans de bonnes conditions, la dent doit être conservée dans du lait, du sérum physiologique et éventuellement dans la salive du patient. En aucun cas la racine dentaire ne doit être nettoyée ou grattée au risque d'éliminer toutes les cellules nécessaires à la cicatrisation.

Le succès du traitement dépend de la rapidité de la prise en charge, avec un délai maximal de 6 heures. Une fois dépassé ce délai, une réimplantation est possible, mais avec un risque d'apparition de résorption radiculaire ou d'ankylose de la dent. Si la dent n'est pas retrouvée, le médecin urgentiste réalise le parage de l'alvéole accompagné d'une prescription.

Par l'odontologiste. La remise en place de la dent est effectuée sous anesthésie locale, après parage de l'alvéole. Une contention semi-rigide est effectuée afin de maintenir la dent dans sa position. Une antibiothérapie est prescrite de manière systématique afin d'éviter toute complication infectieuse. À une semaine post-traumatique, le patient est revu afin d'entreprendre le traitement endodontique, en prévention de l'apparition d'un phénomène de résorption.





Traumatisme		Diagnostic	Urgentiste	Odontologiste
Luxation partielle		- Liseré gingival sanguinolent ± Mobilité normale ou subnormale	- Abstention thérapeutique - Alimentation molle + Atb + AI + Ant - Pas d' appel de l'odontologiste	Consultation différée : - abstention thérapeutique ou contention souple + alimentation molle ± Atb + AI + Ant
Intrusion		Dent plus courte voire disparition complète de la couronne, impactée dans l'os alvéolaire	Appel de l'odontologiste ou prescription Atb + AI + Ant + adressé chez l'odontologiste le plus vite possible	Attente (dent immature) - Remise en place + contention souple - Suture des tissus mous
Extrusion		Déplacement de la dent hors de son alvéole - impossibilité de fermer la bouche normalement	Appel de l'odontologiste ou prescription Atb + AI + Ant + adressé chez l'odontologiste le plus vite possible	- Remise en place de la dent sous AL + contention souple ± dévitalisation ou avulsion ± sutures gingivales
Expulsion		- Alvéole vide - Dent conservée ou non - Contrôle radiographique	- Toilette chirurgicale - Prescription Atb + Ant + bains de bouche	- Réimplantation ou toilette chirurgicale

Figure 12. Prise en charge des atteintes de l'espace parodontal chez l'adulte.
Atb : antibiotique ; AI : anti-inflammatoires ; Ant : antalgiques ; AL : anesthésie locale.

“ Points forts

Objectifs de la conduite à tenir lors d'expulsion dentaire

- Minimiser l'inflammation résultant des complications ligamentaires et pulpaires.
- Revitaliser la dent : retour à la fonction vitale des dents immatures.

Un rinçage de la racine au sérum physiologique ou à l'eau stérile est effectué. En cas de souillure, on utilise une compresse imbibée de sérum physiologique, pour éliminer toute impureté, en tenant la dent luxée par la couronne uniquement, pour ne pas léser les cellules parodontales. Ceci permet de garder un maximum de cellules capables de se régénérer et de réparer le ligament alvéolodentaire exposé.

On repositionne les tables osseuses avec un instrument mousse, ou manuellement s'il existe une fracture, et on supprime tout obstacle s'opposant au remplacement de la dent, sans curetage. On peut rincer l'alvéole au sérum physiologique, avec précaution, pour éliminer le caillot formé et les souillures possibles.

Fractures dentaires (Fig. 13) [29]

Fracture coronaire sans effraction pulpaire

Différents types.

Fêlures. Elles apparaissent comme des craquelures de l'émail, sans traverser la jonction amérodentinaire. Le patient peut se plaindre d'une légère sensibilité au froid.

Fractures de l'émail. Elles se caractérisent par une perte de substance (souvent à l'angle mésial ou distal de la dent traumatisée), des tests au froid positifs et des douleurs à la percussion si la dentine est exposée.

Fractures coronaires amérodentaires. Associée à la perte de substance, une hyperesthésie dentinaire (douleurs aux changements de température, aux acides, aux sucres) est présente.

Prise en charge.

Par l'urgentiste. Dans ces cas de fractures mineures, avec symptomatologie algique et sans risque de blessure des tissus mous (joue, langue), la prescription d'antalgique de niveau 2 suffit. La consultation de l'odontologiste est différée, mais impérative.

Par l'odontologiste. Le traitement vise à effectuer une protection du tissu pulpaire et une reconstitution esthétique et fonctionnelle.

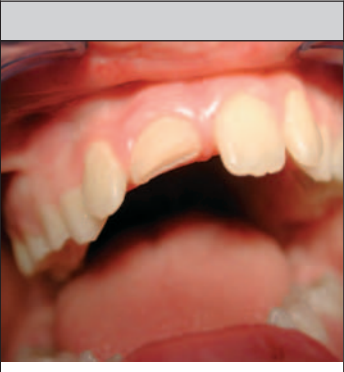

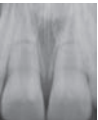

Traumatisme		Diagnostic	Urgentiste	Odontologiste
Fractures coronaires sans exposition pulpaire		- Petite perte de substance dentaire - ± sensible - ± irritant	- Abstention thérapeutique dans les cas mineurs - Appel de l'odontologiste	- Abstention thérapeutique ou meulage des bords irritants ou reconstitution partielle
Fractures coronaires avec exposition pulpaire		- Sensible ++ - Point rouge marquant l'exposition pulpaire	Appel de l'odontologiste	Coiffage pulpaire direct ou traitement endodontique
Fractures radiculaires 		- Mobilité ± - Sensible ± - Radiographie	Appel de l'odontologiste	Remise en place + contention rigide ou élimination du fragment coronaire ou avulsion

Figure 13. Prise en charge des fractures dentaires chez l'adulte.

Fracture coronaire avec effraction pulpaire

Aspects cliniques. Le trait de fracture met en évidence une exposition du tissu pulpaire. Les expositions pulpaires sont généralement très algiques, sensibles au froid et au moindre contact.

Prise en charge.

La décision du traitement dépend :

- du stade d'évolution radiculaire ;
- de la taille de l'exposition ;
- du laps de temps écoulé entre le moment du traumatisme et la venue aux urgences.

Par l'urgentiste. La prise en charge du patient par l'urgentiste, dans les cas où il n'y a pas d'odontologiste de garde, est une prescription d'antalgiques de niveau 2 ou 3, et l'orientation vers le chirurgien-dentiste dans les plus brefs délais.

Par l'odontologiste. Selon le cas, il réalise soit un coiffage direct de la pulpe mise à nu (mise en place d'hydroxyde de calcium), soit un traitement endodontique réalisé sous anesthésie locale. Dans les cas de dents immatures, une fermeture du foramen apical doit être recherchée (apexification).

Fractures radiculaires [30]

Manifestations cliniques

L'expression clinique des fractures radiculaires est diverse. La dent peut paraître en position normale et seule une radiographie peut montrer une fracture de la racine. Le degré de mobilité dépend de la sévérité du traumatisme et de la localisation du trait de fracture.

Prise en charge

Par l'urgentiste. En l'absence d'odontologiste, l'urgentiste prend en charge la douleur et préconise une alimentation froide/tiède et mixée.

Par l'odontologiste. Le traitement dépend du cas clinique observé : soit le traitement est conservateur et le praticien réalise une contention rigide [26], soit le traitement ne peut l'être et le praticien procède alors à l'extraction du fragment coronaire ou des deux fragments. En cas de conservation des deux fragments, le traitement endodontique peut être envisagé.

Traumatismes alvéolodentaires [23]

Clinique

L'examen clinique montre le déplacement des dents traumatisées, la présence d'un hématome et des fragments osseux. La mobilité de plusieurs dents est plus ou moins importante.

Prise en charge

Par l'urgentiste. Il réalise le parage chirurgical des procès alvéolaires, puis la prescription d'antibiotiques, antalgiques et bains de bouche.

Par l'odontologiste. Le praticien réalise sous anesthésie locale la toilette chirurgicale avec la remise en place de la table osseuse et des dents maintenues par une contention semi-rigide pendant 4 à 6 semaines.

■ Urgence hémorragique

Poser le diagnostic d'hémorragie de la cavité buccale est une chose simple ; en revanche, identifier son origine et réaliser une bonne hémostase nécessitent parfois un acte technique précis [31].

Les causes des hémorragies buccales peuvent être locales, générales, ou locales et générales.

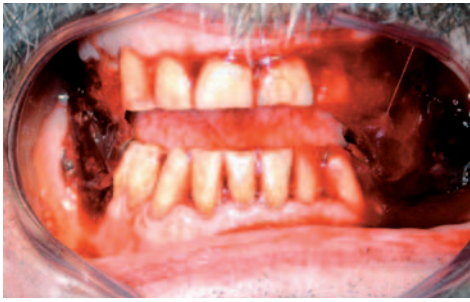


Figure 14. Mauvaise gestion d'un relais héparinique.



Figure 15. Gingivorrhagie spontanée chez un hémophile.

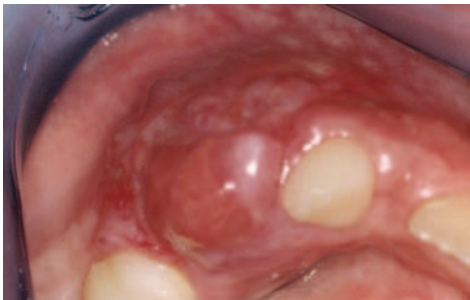


Figure 16. Lésion vasculaire sur site d'une dent temporaire.

L'identification de cette cause impose à l'urgentiste une anamnèse claire et rapide ; il s'agit de relever les antécédents médicaux, les médicaments, les troubles de l'hémostase connus, héréditaires ou acquis [32].

Manifestations cliniques

Le patient inquiet, souvent accompagné, se présente avec une serviette imprégnée de sang et de salive dans laquelle il crache depuis plusieurs heures. L'urgentiste recherche des signes de retentissement de l'hémorragie sur l'état général du patient. Il effectue une inspection de la face et du cou. En effet, certains signes cutanés ou muqueux sont évocateurs de troubles de la coagulation (hématomes, pétéchies, purpura, ictère) [31]. L'examen de la cavité buccale, réalisé à l'aide d'un abaisse-langue, montre un important caillot mal formé ne permettant pas de situer le site précis de l'hémorragie (Fig. 14).

L'interrogatoire précise les circonstances d'un saignement. L'urgentiste cherche à savoir les causes locales, générales ou la conjonction des deux. Les causes locales d'hémorragie après une intervention chirurgicale sont le non-respect des consignes postopératoires (alimentation chaude, dure, bains de bouche intempéstifs) ou une intervention mal conduite (racine résiduelle, fracture alvéolaire, mauvais curetage d'un tissu de granulation, absence de compression postopératoire). Les hémorragies buccales de causes générales peuvent survenir sans intervention chirurgicale. Elles ont deux origines : l'une congénitale chez un patient atteint d'hémophilie (Fig. 15), de la maladie de Willebrand, d'une malformation artérioveineuse... [32] (Fig. 16) ; l'autre acquise (traitement par antivitamines K, héparines, antiagrégants plaquettaires) [33]. Dans certaines

circonstances, les causes locales et générales se conjuguent. En effet, l'interrogatoire peut révéler une automédication à l'aspirine, une mauvaise gestion d'un relais héparinique, associées à un acte chirurgical.

Hémorragies de causes locales

Prise en charge par l'urgentiste

Le premier geste consiste à nettoyer la cavité buccale en éliminant le caillot mal formé afin de visualiser le site hémorragique et à effectuer une compression locale efficace de 15 à 20 minutes avec une compresse imbibée d'acide tranexamique (Exacyl®).

Passé ce délai, si le saignement persiste, il faut alors faire appel à l'odontologiste.

Prise en charge par l'odontologiste

Suite à l'examen clinique, le praticien a recours à un examen radiologique complémentaire. Le principe de traitement d'une hémorragie consiste à effectuer, après une antiseptie des tissus, une révision de la plaie alvéolaire sous anesthésie locale complétée par une suture hermétique. En cas de saignement pulsatif, synonyme d'une atteinte artérielle, il faut réaliser en plus une hémostase par point de suture ou par électrocoagulation [34]. Ce geste se termine par une compression à l'acide tranexamique. Les consignes suivantes sont rappelées :

- alimentation mixée froide ou tiède pendant 24 heures ;
- pas de bains de bouche dans les 24 heures qui suivent l'intervention ;
- ne pas fumer.

Le praticien s'assure qu'une prescription adéquate a été remise au patient.

“ Points forts

Conduite à tenir lors d'une hémorragie d'origine locale

- Mettre le patient en position demi-assise.
- Disposer d'un bon éclairage.
- Nettoyer et effectuer une antiseptie de la cavité buccale.
- Pratiquer une radiographie rétroalvéolaire à la recherche d'un fragment osseux, d'un apex résiduel ou d'une lésion apicale.
- Réviser la plaie alvéolaire sous anesthésie locale.
- Nettoyer l'alvéole minutieusement, extraire l'apex résiduel.
- Régulariser les berges des lambeaux muqueux.
- Déposer les fragments osseux mobiles.
- Cureter la lésion apicale.
- Déposer au fond de l'alvéole un hémostatique biorésorbable.
- Réaliser une hémostase par points de suture.
- Comprimer digitalement l'alvéole entre 5 et 10 minutes.
- Prescrire des antibiotiques en cas de traumatisme avec une plaie souillée et des antalgiques adaptés.
- Vérifier la vaccination antitétanique.
- Donner les conseils postopératoires :
 - alimentation mixée et froide pendant 3 jours ;
 - application locale de glace pendant 3 jours ;
 - positionnement nocturne semi-couché ;
 - activité réduite ou repos ;
 - arrêt du tabac.

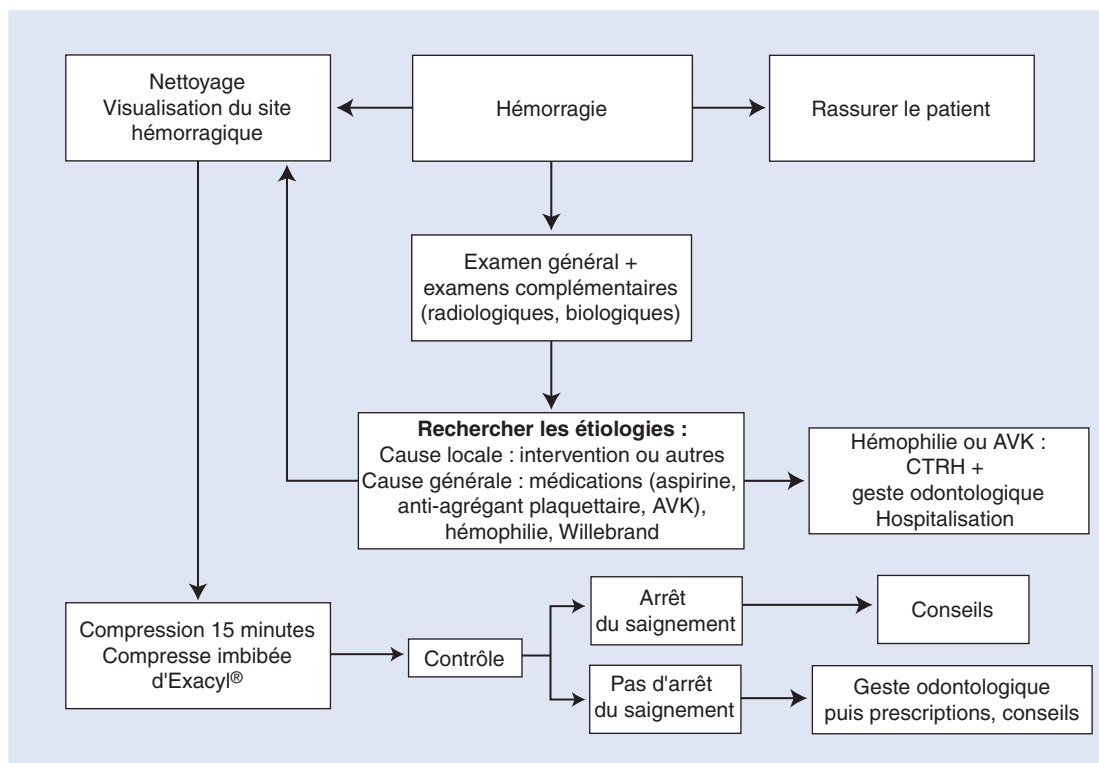


Figure 17. Arbre décisionnel. Urgence hémorragique.
AVK : antivitamine K ; CTRH : Centre régional de traitement des hémophiles.

Hémorragies de causes locales et générales

Prise en charge par l'urgentiste (Fig. 17)

La prise en charge fait appel à l'odontologiste. L'arrêt spontané de ces hémorragies n'est pas facile à obtenir et un geste local est indispensable.

Après l'identification des origines du saignement, le médecin urgentiste applique les mêmes principes de prise en charge que pour une hémorragie de cause locale. Les troubles de l'hémostase sont évalués (examens biologiques, mise en rapport avec le service référent) afin d'optimiser le traitement [35, 36].

Prise en charge par l'odontologiste

Il intervient selon le même protocole que pour les hémorragies de causes locales. Il dispose de moyens hémostatiques locaux supplémentaires (compresses hémostatiques type Surgicel®, colles biologiques type Tissucol®, Bériplast®) lui permettant de parfaire l'hémostase dans ces conditions difficiles [31]. Une gouttière de compression peut éventuellement être utilisée. Dans des cas de troubles importants de la coagulation ou de coagulopathies congénitales, d'angiomatose, une hospitalisation peut être nécessaire.

En plus des conseils habituels délivrés pour une hémorragie de cause locale, le patient doit s'astreindre à :

- une alimentation mixée et froide pendant 3 jours ;
- une application locale de glace ;
- un positionnement nocturne semi-couché ;
- une activité réduite ;
- un arrêt du tabac.

Une application passive d'Exacyl® est prescrite pendant 10 jours.

Hémorragies de causes générales

Prise en charge par l'urgentiste

Deux situations peuvent se présenter.

Si le patient connaît sa pathologie, l'urgentiste se met directement en relation avec le service qui le suit pour élaborer un protocole de prise en charge.

Si le patient, à l'anamnèse, ne signale aucun antécédent d'hémorragie, mais si cette dernière ne cède à aucun moyen

hémostatique local, le médecin urgentiste doit réaliser un bilan hématologique complet [37].

Dans tous les cas, le geste de première intention est de réaliser une compression avec un antifibrinolytique type Exacyl® ou Dycinone® en attendant la prise en charge hématologique.

Prise en charge par l'odontologiste

L'appel de l'odontologiste dans certains cas d'hémorragies spontanées, de causes générales, permet d'avoir un avis spécialisé sur la possibilité de réaliser techniquement une hémostase locale (gouttière de compression ou colle biologique).

“ Points forts

Conduite à tenir lors d'une hémorragie de cause générale

- Mettre le patient en position assise.
- Disposer d'un bon éclairage.
- Nettoyer la cavité buccale.
- Faire une compression de l'alvéole avec une compresse stérile imbibée d'un antifibrinolytique.
- Téléphoner au Centre régional de traitement des hémophiles.

■ Urgence infectieuse

Maladies parodontales nécrotiques

Manifestation clinique

Ce sont des maladies qui affectent les tissus de soutien et de maintien de l'organe dentaire. Leur étiologie est d'origine infectieuse (bactéries anaérobies), mais les mécanismes étiologiques et pathogéniques sont mal connus (stress, fatigue, dénutrition, immunodépression).



Figure 18. Gingivite ulcéronecrotique.

Elles sont superficielles (gingivite ulcéronecrotique), puis profondes, c'est-à-dire aboutissant à une perte d'attache : la dent devient mobile (parodontites ulcéronecrotiques). Leurs signes cliniques sont les suivants : douleurs d'intensité élevée, mauvaise haleine ; dans les cas sévères, une adénopathie est observable et le patient est fébrile.

L'examen endobuccal relève des papilles interdentaires décapitées recouvertes d'un enduit blanchâtre très douloureux au toucher (anciennement appelé angine de Vincent). Les gencives sont inflammatoires, tuméfiées, et peuvent saigner de manière spontanée (Fig. 18).

Ces lésions peuvent être le signe d'appel d'une immunodépression lorsque les formes sont sévères (perte d'attache, mobilité) et d'évolution rapide.

Prise en charge

Par l'urgentiste

Il réalise une détersion avec de l'eau oxygénée à l'aide d'une compresse stérile, et fait une prescription d'analgiques (de classe 2 [dextropropoxyphène et paracétamol]) et d'antibiotiques (métronidazole en association avec une pénicilline ou un macrolide) [38].

Le patient doit éviter le tabac, l'alcool et les aliments épicés.

Par l'odontologiste

La prise en charge est identique à la précédente ; un débridement localisé, à l'aide d'un instrument ultrasonore ou de curettes, peut également être réalisé après une anesthésie locale (souvent très douloureux).

Dans la séance suivante, une prise en charge globale de la cavité buccale est entreprise après diminution des algies.

Abcès du parodonte

C'est une infection bactérienne aiguë localisée aux tissus constituant le parodonte. Cet abcès se traduit par la présence d'une tuméfaction d'importance variable autour d'une dent. Il peut s'accompagner d'une suppuration.

Manifestation clinique

Le patient se plaint d'une douleur, la dent impliquée est habituellement mobile, et très sensible à la pression et à la percussion.

La palpation exobuccale révèle parfois une adénopathie.

L'examen clinique endobuccal montre une gencive œdémateuse et érythémateuse.

Ces abcès sont classés en fonction de leur localisation :

- gingival : situé à la gencive marginale ou à la papille interdentaire ;
- parodontal : sur une poche parodontale active ;
- péri-coronaire : situé dans les tissus entourant la couronne d'une dent en cours d'éruption, principalement les dents de sagesse inférieures.

Prise en charge

Par l'urgentiste

L'urgentiste réalise un examen endobuccal afin de préciser la localisation de la tuméfaction et réalise une prescription médicamenteuse adéquate : antibiothérapie (association spiramycine-

métronidazole) ; antalgique (niveau 1) ; bain de bouche. Le patient doit être revu en consultation différée par un odontologiste.

Par l'odontologiste

L'odontologiste réalise un geste de débridement sous anesthésie locale.

Dans le cas d'une péri-coronarite récurrente sur une dent de sagesse inférieure, l'indication d'avulsion peut être portée après rémission de l'infection.

Abcès périapical

Cet abcès est lié à une évolution d'un kyste ou d'un granulome en relation avec une ou plusieurs dents.

Manifestation clinique

L'abcès périapical est une complication d'une invasion bactérienne d'un canal pulpaire qui aboutit à la contamination du périapex. Les signes cliniques sont les mêmes que ceux d'un abcès parodontal, avec néanmoins une douleur plus importante. La palpation vestibulaire en regard de la dent causale déclenche une exacerbation de la douleur. La collection cherche à s'extérioriser à travers la corticale et un empatement est visible au fond du vestibule.

Prise en charge (Fig. 19, 20, 21, 22)

Par l'urgentiste

Il réalise une médication : antalgique (niveau 2), antibiotique (amoxicilline et métronidazole) et bains de bouche.

Cette prescription a pour but de soulager le patient, mais doit obligatoirement s'accompagner d'un geste de drainage sans lequel la douleur reste intense.

Par l'odontologiste

Dans un premier temps, il réalise un drainage afin de soulager le patient : celui-ci consiste à trépaner la dent afin d'ouvrir une voie de passage pour la collection purulente. Ce geste est complété par un rinçage à l'aide d'un antiseptique.

Dans un second temps, le praticien s'oriente soit vers la conservation de la dent (réalisation d'un traitement endodontique), soit vers l'avulsion de la dent causale, accompagnée d'un curetage de la lésion (Tableau 4).

Cellulites

C'est l'extension de l'infection au tissu celluloadipeux de la face, localisée principalement dans les tissus sous-cutanés [20, 39, 40].

Cette infection prise en charge précocement ne présente aucun caractère de gravité : un traitement adapté de sa porte d'entrée est le garant d'une évolution favorable.

Les principales causes de survenue de cellulite demeurent :

- le mauvais état buccodentaire ;
- une antibiothérapie insuffisante ou inadaptée ;
- la prise d'anti-inflammatoires sans couverture antibiotique.

En l'absence de thérapeutique, il existe un risque de survenue de complications graves mettant directement en jeu le pronostic vital par diffusion précoce de l'infection.

Les principales complications décrites sont de type :

- choc septique avec défaillances viscérales (syndrome de détresse respiratoire, insuffisance rénale, insuffisance hépatocellulaire, nécrose digestive ischémique [41]) ;
- médiastinite, dont le taux de mortalité reste élevé (44 %) [42] ;
- atteintes veineuses avec thrombophlébite craniofaciale [43].

Les cellulites peuvent avoir un caractère de gravité sur des terrains fragilisés [38].

Les cellulites odontogènes portent le nom de la zone anatomique qu'elles occupent et sont classées en fonction de leur évolution (Fig. 23).

Cellulite aiguë séreuse

C'est la forme débutante de la cellulite.

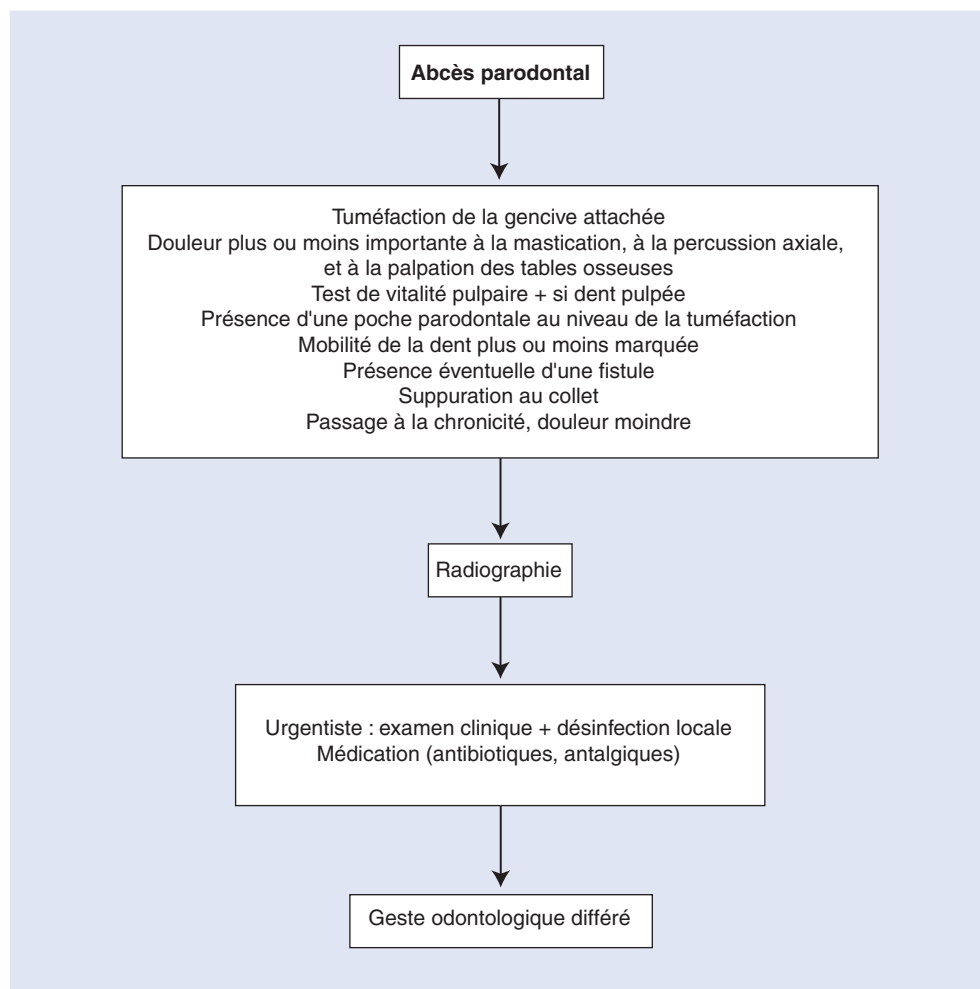


Figure 19. Arbre décisionnel. Abcès parodontal.

Manifestation clinique

Le patient présente tous les signes de l'inflammation au voisinage d'une dent causale. À ce stade, le patient se présente aux urgences avec une tuméfaction. Un empâtement vestibulo-jugal est visible à l'examen endobuccal. Il n'y a pas de signes généraux associés (Fig. 24).

Prise en charge

Par l'urgentiste. Il réalise une médication antalgique (niveau 2 ou 3) ainsi qu'une antibiothérapie du type amoxicilline et métronidazole (Tableau 5) [44] sans prescription d'AINS [45].

Ce traitement soulage le patient, mais ne peut en aucun cas se substituer à la réalisation d'un geste de l'odontologiste.

Par l'odontologiste. Il réalise un geste local en fonction de l'origine de l'infection déterminée cliniquement et radiologiquement : trépanation de la dent si l'origine est endodontique ; débridement de la lésion si l'origine est parodontale.

Si la conservation de la dent n'est pas possible, c'est une indication d'avulsion complétée par une éventuelle antibiothérapie.

Cellulite suppurée

Manifestation clinique

En l'absence de traitement approprié, la cellulite séreuse va évoluer vers la cellulite suppurée dans les jours qui suivent, entraînant l'apparition de signes généraux. Le patient présente un trismus serré qui complique son alimentation. Son activité journalière est perturbée. La douleur est importante, lancinante, s'accompagnant de battements en regard d'une tuméfaction bien délimitée. À ce stade, la peau est tendue et vernissée.

À la palpation, une fluctuation de la collection ainsi qu'une adénopathie sont présentes (Fig. 25).

Prise en charge

Par l'urgentiste. La priorité de la prise en charge de la cellulite suppurée est la réalisation d'un drainage. Dans la majorité des cas, celui-ci peut être assuré de manière ambulatoire, associé à une prescription d'antibiotiques et d'antalgiques (niveau 2 ou 3). Les suites sont gérées dans un deuxième temps par l'odontologiste. En fonction des signes cliniques (Tableau 6), une prise en charge hospitalière est nécessaire afin de pouvoir contrôler l'extension du processus.

Par l'odontologiste. Si le drainage n'est pas effectué par le médecin urgentiste, l'odontologiste s'y emploie. L'incision est réalisée, après antiseptie locale, par voie endo- ou exobuccale. Dans certaines situations, une mèche peut être posée. Il faut respecter le vestibule inférieur en regard des prémolaires en raison de l'émergence du nerf dentaire au trou mentonnier.

En présence de signes généraux (asthénie, dysphagie, trismus serré, dyscatapose, fièvre ...), de maladies intercurrentes et de critères sociaux, l'odontologiste pose l'indication d'hospitalisation.

Cette dernière a deux buts : à la fois de réaliser une surveillance de l'extension du processus et de lever le trismus par kinésithérapie (Fig. 26).

La prise en charge débute par une analgésie et une antibiothérapie par voie intraveineuse à large spectre compte tenu de la nature polymicrobienne des cellulites odontogènes et de la fréquence croissante des souches anaérobies productrices de pénicillinases. Une application locale de glace contribue à la diminution de l'inflammation.

La réalisation d'une identification bactérienne et d'un antibiogramme est difficile en pratique de par la difficulté de pouvoir isoler les souches anaérobies et le délai nécessaire pour obtenir les résultats.

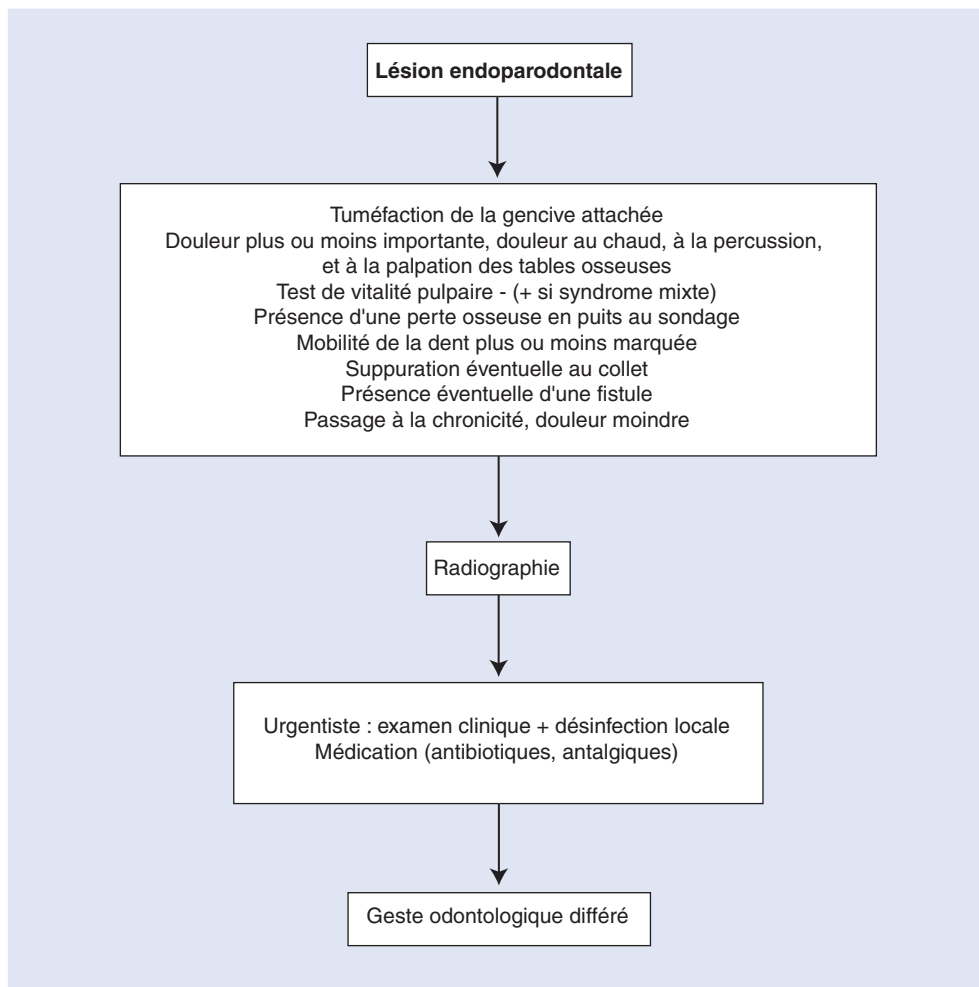


Figure 20. Arbre décisionnel. Lésion endoparodontale.

Cellulite aiguë diffuse [46]

Ce sont des affections brutales, redoutables, à manifestations générales et locales dont l'origine dentaire ou périodentaire, apparemment banale, se rencontre fréquemment, favorisée par une prescription d'AINS sous-estimant un potentiel infectieux. Elles demeurent mortelles pour un tiers des patients et sont maintenant désignées sous le terme de fasciites nécrosantes [47].

Ce ne sont pas des infections spécifiques de la région cervico-faciale [45], mais dans cette localisation, un point de départ dentaire est retrouvé dans deux tiers des cas [48].

Cette infection peut intéresser d'emblée tout un secteur de la face (cellulite diffuse) ou correspondre à l'extension progressive d'une cellulite circonscrite non traitée ou soignée d'une façon inadaptée.

Manifestation clinique

Sur le plan général, il s'agit d'une toxi-infection maligne pouvant évoluer par collapsus cardiovasculaire. Sur le plan local, il y a une disparition des signes inflammatoires, évoluant vers une nécrose des tissus.

Prise en charge

Cette urgence vitale impose une prise en charge en réanimation par une équipe médicochirurgicale coordonnée.

■ Troubles de l'articulation temporomandibulaire

Les articulations temporomandibulaires (ATM) sont des articulations doubles constituées de deux surfaces osseuses (fosse mandibulaire de l'os temporal et tête du condyle mandibulaire),

“ Points forts

Cellulite d'origine dentaire

- Existence d'une tuméfaction.
- Diagnostic topographique.
- Odontalgie ancienne.
- Mauvais état buccodentaire.
- Existence ou absence d'une fluctuation.
- Présence ou non du signe du godet.
- Diagnostic différentiel.
- Prescription médicale.
- Thérapeutique locale avec ou sans drainage.

séparées par un disque articulaire sur lequel viennent s'insérer des muscles masticateurs (masséter, ptérygoïdien médial, temporal). Les douleurs de l'ATM affectent de 30 à 50 % de la population adulte [49].

Le diagnostic des lésions de l'ATM en urgence est très varié. Ne sont traitées ici que les algies ayant pour origine les dysfonctions de l'appareil manducateur. Ces dysfonctions correspondent aux douleurs et troubles du fonctionnement de l'appareil manducateur en rapport avec une anomalie musculo-squelettique [50].

- Le médecin urgentiste doit faire face à trois pathologies :
- la luxation condylienne (passage de l'éminence temporale par le condyle mandibulaire) ;
 - la luxation articulaire condylo-discale irréductible aiguë ;
 - les troubles musculaires.

Dans tous les cas, ces pathologies sont accompagnées de douleurs intenses localisées dans la région de l'ATM.

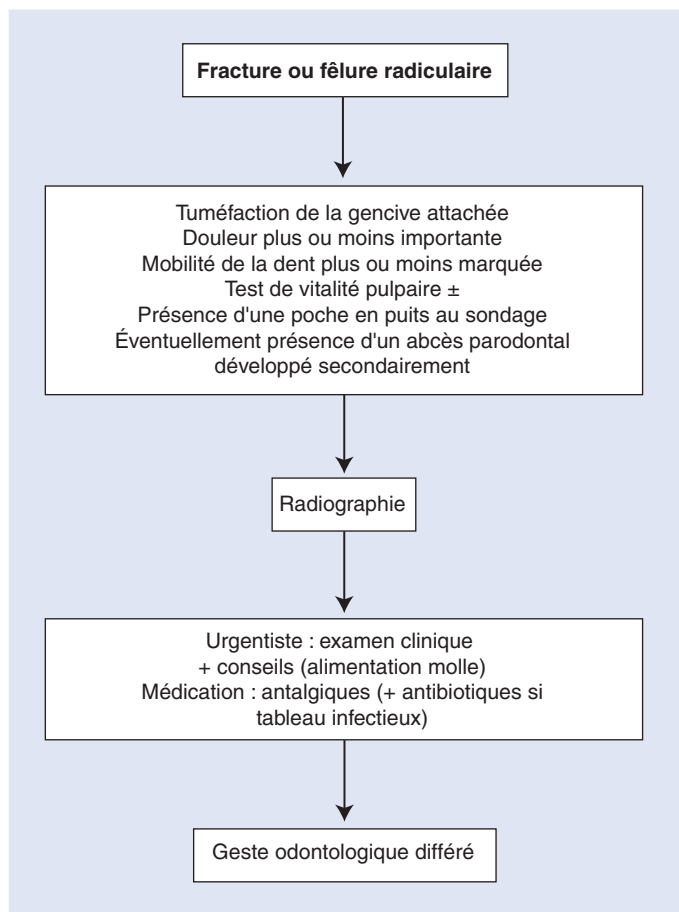


Figure 21. Arbre décisionnel. Fracture ou fêlure radiculaire.

Luxation condylienne

Manifestations cliniques

La luxation condylienne peut être provoquée par un traumatisme ou un mouvement d'ouverture buccale forcée. Si la luxation est unilatérale, l'ouverture de la bouche est modérée, avec une latérodéviation mandibulaire du côté sain. Le menton est porté en avant [51].

En cas de luxation bilatérale, la bouche est ouverte à 30 ou 40 mm et impossible à refermer ; il y a éventuellement des contacts sur les molaires. Les condyles sont palpables en avant des dépressions préauriculaires, les joues sont aplaties, allongées, voire creusées (Fig. 27). Il faut rechercher une éventuelle fracture si la luxation fait suite à un coup ou à une chute.

Prise en charge

Elle s'effectue par l'urgentiste ou par l'odontologiste. La luxation doit être réduite le plus rapidement possible avant que ne s'installent des spasmes musculaires. Le praticien réalise la manœuvre de Nélaton (Fig. 28). Après la réduction, il est recommandé au patient de limiter les mouvements d'amplitude

Tableau 4.

Manifestations cliniques et traitement des abcès parodontaux et apicaux.

Abcès parodontaux	Douleurs Dents sensibles lors de la mastication	Aucun signe	Adénopathie possible	Gencive érythémateuse Tuméfaction limitée	Gingival Parodontal	Antibiothérapie Antalgique Bain de bouche	Débridement de la lésion
Abcès périapicaux	Idem	Idem	Idem	Collection purulente parfois présente et visible Tuméfaction vestibulaire palpable à l'apex	Péricoronal Périapical	Antibiothérapie Antalgique Bain de bouche	Trépanation de la dent

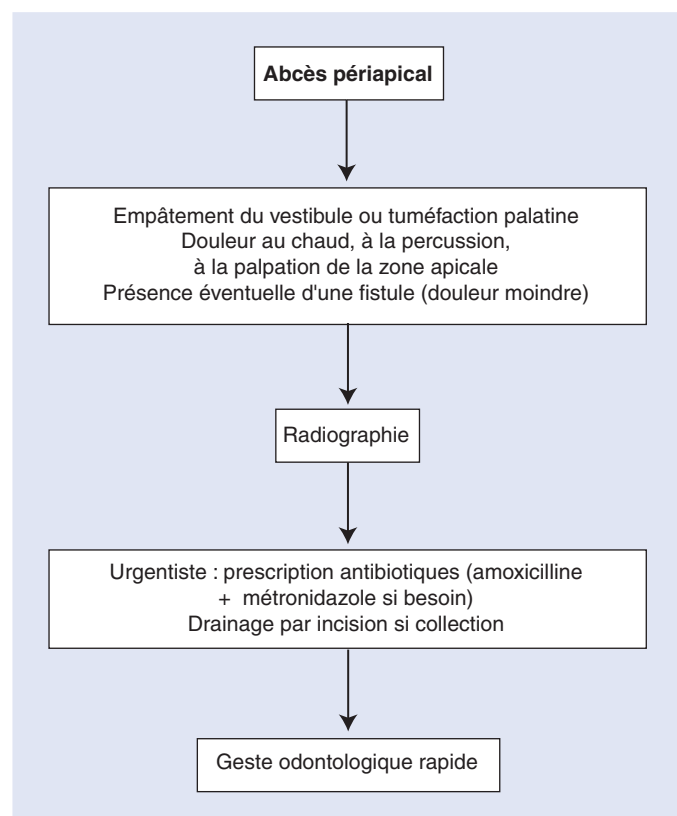


Figure 22. Arbre décisionnel. Abcès périapical.

maximale (éviter le bâillement). Le médecin urgentiste prescrit des antalgiques de classe 2 et un relaxant musculaire (tétrazépam). Un bandage avec bandes adhésives est effectué pour éviter une nouvelle luxation (Fig. 29).

Luxation condylo-discale irréductible aiguë bilatérale et dysfonctions musculaires

Manifestations cliniques

Lors de la luxation condylo-discale irréductible aiguë bilatérale, le patient se présente avec des douleurs exacerbées par la palpation des ATM et des antécédents de claquement jusqu'au blocage. L'examen clinique révèle une diminution de l'ouverture buccale (Fig. 30). La réduction s'effectue sous anesthésie.

Les dysfonctions musculaires provoquent une limitation des mouvements fonctionnels (propulsion, latéralités droite et gauche, ouverture). La douleur est diffuse à type de serrement ou de pression ; elle est augmentée par la palpation des muscles masticateurs [52]. Ces dysfonctions sont liées à des problèmes d'articulé.

Prise en charge

Elle s'effectue par l'urgentiste ou par l'odontologiste. Le praticien réalise un traitement médicamenteux : prescription






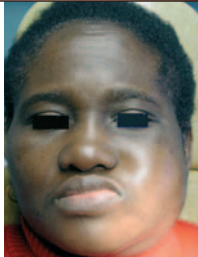
Zone anatomique	Localisation de la tuméfaction	Dents en cause	
Génienne basse	Dans la joue, en arrière de la commissure labiale	Prémolaires inférieures ou supérieures	
Labiale inférieure et mentonnaire	Lèvre inférieure et menton	Dents antéro-inférieures	
	Sus-mylohyoïdienne ou sublinguale : la langue est repoussée du côté opposé	Prémolaires	
	Sous-mylohyoïdienne ou sous-mandibulaire : tuméfaction en rapport avec le rebord basilaire	Molaires inférieures	
Labiale supérieure et sous-narinaire	Lèvre supérieure et évolution en rapport avec le muscle myrtiliforme	Incisives centrales supérieures	
Génienne haute	L'infection suit le sillon nasogénien	Racines vestibulaires des prémolaires et molaires supérieures	
Abcès palatin	Palais	Première prémolaire et première molaire supérieure	
Massétérine	Espace sous-massétérin	Dent de sagesse	

Figure 23. Formes topographiques des cellulites.

Tableau 5.

Antibiothérapie : suggestions de prescription. Ces suggestions sont issues des recommandations de l’AFFSSAPS de juillet 2001. Elles sont bien sûr à moduler en fonction de l’importance de l’atteinte, de l’état général du patient et de sa capacité à éliminer les produits.

		Famille	Dénomination commune internationale	Posologies	
Infection de sévérité moyenne : abcès parodontal, périapical, cellulite séreuse Voie orale	En première intention	Pénicillines A	Amoxicilline	<i>Adulte</i> : posologie usuelle de 1 à 1,5 ou 2 g/j en deux ou trois prises <i>Enfant</i> < 30 mois : de 50 à 100 mg/kg/j en trois prises espacées de 8 heures > 30 mois : de 25 à 50 mg/kg/j en deux ou trois prises sans dépasser 3 g/j	
		Macrolide + 5-nitro-imidazolés	Spiramycine + métronidazole	<i>Adulte</i> : de 3 à 4,5 MUI de spiramycine et de 500 à 750 mg de métronidazole par jour, en deux ou trois prises, jusqu’à 6 MUI de spiramycine et 100 mg de métronidazole par jour dans les cas sévères <i>Enfant</i> De 6 à 10 ans : 1,5 MUI de spiramycine et 250 mg de métronidazole De 10 à 15 ans : 2,25 MUI de spiramycine et 375 mg de métronidazole	
		Macrolide	Érythromycine	<i>Adulte</i> : de 2 à 3 g/j <i>Enfant</i> : de 30 à 50 mg/j	
			Spiramycine	<i>Adulte</i> : de 6 à 9 MUI/j en deux ou trois prises <i>Enfant</i> : de 150 000 à 300 000 UI/kg/j en deux ou trois prises	
			Streptogramines	Pristinamycine	<i>Adulte</i> : de 2 à 3 g/j en deux ou trois prises au moment des repas <i>Enfant</i> : 50 mg/kg/j en deux ou trois prises au moment des repas
			Lincosamides	Clindamycine	<i>Adulte</i> : de 600 à 2 400 mg/24 h ; en moyenne, de 600 à 1 200 mg/24 h en trois ou quatre prises <i>Enfant</i> : de 8 à 25 mg/kg/24 h
Infection sévère : cellulite suppurée Voie parentérale*	En deuxième intention	Pénicilline A + acide clavulanique	Amoxicilline + acide clavulanique	<i>Adulte</i> : 1,5 g/j en trois prises (jusqu’à 2 g/j en cas d’atteinte plus sévère) <i>Enfant</i> : de 40 à 50 mg/kg/j en trois ou quatre prises	
		Pénicilline A + acide clavulanique	Amoxicilline + acide clavulanique	<i>Adulte</i> : 1 g, de deux à quatre fois par jour par voie intraveineuse <i>Enfant</i> : 100 mg/kg/j en quatre administrations par jour Dans les septicémies et les infections sévères, la posologie peut être portée à 6 g/j et même 12 g/j sans jamais dépasser pour l’adulte 200 mg d’acide clavulanique par injection et 1 200 mg d’acide clavulanique par jour	
		Pénicilline A + 5-nitro-imidazolés	Amoxicilline + métronidazole	<i>Adulte</i> : Amoxicilline, de 2 à 12 g par 24 heures Métronidazole, de 1 à 1,5 g/j en deux ou trois perfusions intraveineuses <i>Enfant</i> : Amoxicilline, 50 mg/kg/24 h Métronidazole, de 20 à 30 mg/kg/j en deux ou trois perfusions intraveineuses	
		Lincosamides + 5-nitro-imidazolés	Clindamycine + métronidazole	<i>Adulte</i> : Métronidazole, de 1 à 1,5 g/j en deux ou trois perfusions intraveineuses Clindamycine, de 600 à 2 400 mg/24 h en deux, trois ou quatre administrations <i>Enfant</i> : Métronidazole, de 20 à 30 mg/kg/j en deux ou trois perfusions intraveineuses Clindamycine, de 15 à 40 mg/24 h en trois ou quatre administrations	

*Dans les infections sévères, en milieu spécialisé, on prescrit les mêmes familles d’antibiotiques en adaptant les posologies selon le foyer et l’état fonctionnel.



Figure 24. Cellulite séreuse.

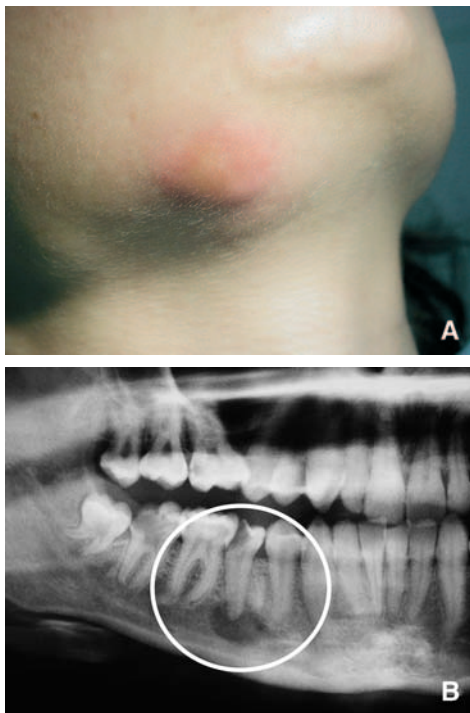


Figure 25. Cellulite suppurée en cours de fistulisation, bon état de santé général.

d'AINS et de myorelaxant. Une consultation différée avec un odontologiste doit être systématique afin de procéder à une rééquilibration de l'occlusion interarcades.

■ Lésions de la muqueuse buccale ^[53]

Le diagnostic des lésions de la muqueuse buccale est extrêmement complexe et varié. Toute lésion mérite un diagnostic précis. Ne sont détaillés ici que les lésions induites par une prothèse dentaire inadaptée et les dispositifs d'orthodontie iatrogènes. En effet, en urgence, c'est souvent la douleur et/ou l'inquiétude qui poussent les patients à consulter.

Tableau 6.
Critères de décision d'hospitalisation.

Signes fonctionnels	Trismus serré Dysphagie Dyscatapose Fièvre Jeûne depuis plusieurs jours
Signes cliniques locaux	Extension vers la base du cou Extension sous-myo-hyoïdienne Occlusion palpébrale engageant la paupière supérieure Crépitation neigeuse à la palpation
Terrain	En rapport avec une pathologie
Âge	Âges extrêmes de la vie
Compliance au traitement	Situation sociale ou psychologique défavorable



Figure 26. Kinésithérapie.

Lésions traumatiques induites par une prothèse dentaire

Manifestations cliniques

Il n'existe pas de signes généraux (pas d'adénopathie). Dans la plupart des cas, les lésions sont uniques et localisées à une crête ou au palais. Ces lésions ont une forme d'ulcération, les bords sont bien dessinés, la douleur est exacerbée à la pression. Un des diagnostics différentiels est l'aphte vulgaire, dont le fond nécrotique jaunâtre « beurre frais » est bordé d'un liseré périphérique inflammatoire rouge vif ^[54].

Prise en charge

Par l'urgentiste

Le traitement consiste à demander au patient de suspendre le port de la prothèse jusqu'à la consultation avec un odontologiste. Une prescription d'un gel anesthésique peut permettre de soulager le patient (xylocaïne, Dynexan[®]; acide acétylsalicylique, Pansoral[®]).

Par l'odontologiste

Il réalise une modification des contours de la prothèse. Il vérifie à terme la disparition de la plaie et, en cas de persistance, il faut évoquer une lésion maligne qui justifie de confier le patient à une équipe spécialisée.

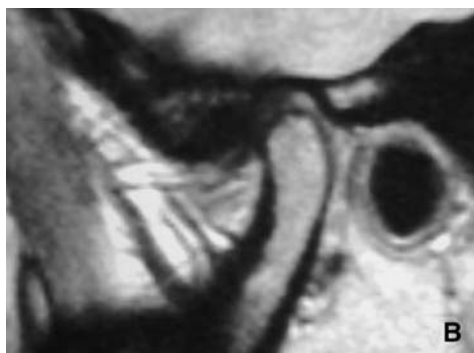


Figure 27. Luxation condylienne.

Lésions provoquées par un dispositif d'orthodontie

Manifestations cliniques

Les circonstances de survenue sont variables : jeu, traumatisme. Il peut s'agir d'un fil, d'une bague ou d'un bracket descellé blessant la joue ... (Fig. 31). Ce sont souvent des lésions douloureuses localisées aux tissus buccaux et péri-buccaux, accentuées par le mouvement.

Prise en charge

L'urgentiste fait appel à l'odontologiste qui réalise, en fonction de la situation clinique, soit une dépose de l'appareillage, soit une section de l'arc, ou enfin l'application d'une cire de protection sur la partie traumatisante. Il prescrit des antalgiques et conseille une alimentation molle.



Figure 28. Manœuvre de Nélaton.



Figure 29. Bandage avec réduction.

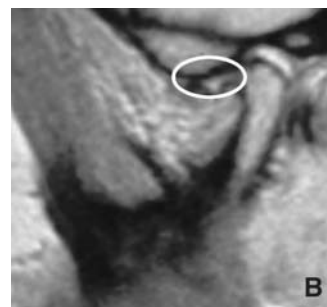


Figure 30. Luxation discale irréductible aiguë.
A. Ouverture limitée.
B. Disque articulaire en position antérieure.



Figure 31. Dispositif d'orthodontie.

■ Conclusion

Les urgences d'origine odontologique présentent rarement un risque vital pour le consultant. Deux groupes de patients viennent consulter au SAU. Le groupe le plus important correspond à des patients qui négligent leur santé buccodentaire, avec pour conséquence des complications imprévues douloureuses et/ou infectieuses. Cette négligence peut trouver son origine dans la légendaire « peur du dentiste ». Cette cause devrait disparaître aujourd'hui devant les progrès technologiques, et la prise en charge de la douleur par la réalisation fréquente des anesthésies locales et la prescription systématique d'antalgiques en postopératoire. Bien souvent, une autre raison est invoquée pour expliquer ce mauvais état buccodentaire : c'est l'insuffisance de prise en charge de ces soins par les organismes sociaux. Cet argument mérite quelques précisions ; lorsqu'il s'agit de soins conservateurs, ces derniers bénéficient d'une prise en charge égale à tous les soins médicaux, qu'ils soient réalisés en secteur hospitalier ou en médecine de ville. Il est donc important de réaliser au plus vite ces soins préventifs et conservateurs qui évitent secondairement et en grande partie les réhabilitations prothétiques, onéreuses et dont la prise en charge est parfois nulle. Aujourd'hui, une proportion grandissante de la population n'a plus l'autonomie financière suffisante pour maintenir sa santé buccodentaire. Cette constatation purement sociale et économique n'est pas sans conséquences sur l'encombrement du SAU, car tout naturellement c'est vers l'hôpital que cette population défavorisée se tourne.

Le deuxième groupe de patients représente les urgences odontologiques « vraies ». La réimplantation dans de bonnes conditions d'une incisive centrale chez un enfant de 10 ans est une urgence vraie. Il en est de même de l'hémorragie d'origine dentaire dont les causes, parfois générales, relèvent en urgence d'une assistance médicochirurgicale évidente. Les complications infectieuses peuvent avoir des conséquences graves : l'exemple de la thrombophlébite faciale d'origine odontogène est caractéristique chez une population fragile, avec un taux de mortalité de 15 à 30 %.

La prise en charge de l'urgence d'origine odontologique est tout à fait justifiée. Elle se heurte cependant à un problème de moyens, car il existe encore trop peu de services d'odontologie sur le territoire national ; cette situation devrait s'améliorer dans les années à venir avec le développement de l'odontologie hospitalière.

■ Références

- [1] Robinson JJ, Dos Santos S, Fleschi JM. Urgences dentaires dans la pratique quotidienne. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-750-A-10, 2001 : 8p.
- [2] Ahoissi V, Devoize L, Tazi M, Perrin D. Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon. Analyse de 12 mois d'activité. *Clinic (Paris)* 2002;**23**:165-70.
- [3] Ahoissi V, Delestan C, Gérard E, Lozza J, Michlowsky S, Moizan H, et al. Urgences odontologiques à l'Hôpital. Une inflation de la demande de soins. *Lettre Ordre Natl Chir Dent* 2003;**15**:15-7.
- [4] Szpirglas H. Manifestations buccales des hémopathies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-050-A-10, 1994.
- [5] Benslama L. Douleurs buccales. *Rev Prat* 2002;**52**:400-3.
- [6] Sheller B, Williams BJ, Lombardi SM. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. *Pediatr Dent* 1997;**19**:470-5.
- [7] Enjolras O, Logeart I, Gelbert F, Lemarchand-Venencie F, Reizine D, Guichard JP, et al. Malformations artérioveineuses : études de 200 cas. *Ann Dermatol Venerol* 2000;**127**:17-23.
- [8] Rodesch G, Soupre V, Vazquez M, Fain J, Alvarez H, Lasjaunias P. Malformations artérioveineuses maxillo-mandibulaires. Place du traitement endovasculaire. À propos de 14 cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1999;**100**:293-8.
- [9] Schwartz S. Importance de l'examen radiologique en traumatologie. *Real Clin* 2002;**13**:7-16.
- [10] Kim S, Trowbridge HO. Pulpal reactions to caries and dental procedures. In: Cohen S, Burms RC, editors. *Pathway of the pulp*. St Louis: CV Mosby; 1994.
- [11] Berek S, Rilliard F, Boucher Y, Delzangles B. Diagnostic et prise en charge de la douleur en endodontie. *Act Odontostomatol* 2000;**211**:293-311.
- [12] Gluskin AH, Goon WW. Orofacial dental pain emergencies: endodontic diagnosis and management. In: Cohen S, Burms RC, editors. *Pathway of the pulp*. St Louis: CV Mosby; 1994.
- [13] Dallel R, Woda A. Choix des antalgiques en odontologie. *Real Clin* 1994;**2**:161-72.
- [14] Morrier JJ, Robbin O, Barsotti O. Comment prescrire un antalgique chez l'enfant? *Act Odontostomatol* 1996;**193**:127-34.
- [15] Quinot JF. Analgésie en urgence chez l'adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Urgence, 24-000-P-10, 1997 : 7p.
- [16] Tournemelle R. Anti-inflammatoires stratégies thérapeutiques. *Implant* 2003:49-52 (hors série).
- [17] Muster D. Contre-indications et effets indésirables des médicaments utilisés le plus souvent en odontostomatologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-012-K-10, 2003 : 11p.
- [18] Courrier B. Lutter contre la douleur : quels sont vos moyens ? *Implant* 2003:27-39 (hors série).
- [19] Limbour P, De Mello G. La prescription postopératoire en chirurgie buccale. *Act Odontostomatol* 1995;**190**:205-14.
- [20] Seigneurin JB, Denhez F, Andréani JF, Cantaloube D. Complications des extractions dentaires : prophylaxie et traitement. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-092-B-10, 2001 : 13p.
- [21] Dodd MD, Graham CA. Unintentional overdose of analgesia secondary to acute dental pain. *Br Dent J* 2002;**193**:211-2.
- [22] Andreasen JO. *Traumatic injuries of the teeth*. Copenhagen: Munksgaard; 1981.
- [23] Bertrand JC, Ménard P. Traumatismes dentaires et alvéolaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-067-A-05, 1991 : 7p.
- [24] Laborier C, Georget C. Certificat médical initial en odontologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-842-A-01, 1994.
- [25] Naulin-Ifi C. *Traumatismes dentaires : du diagnostic au traitement*. Paris: CdP; 1994.
- [26] Trope M, Bourguignon C. La réimplantation et le traitement des dents avulsées. *Real Clin* 2002;**13**:39-51.
- [27] Tsukiboshi M. *Traitements des traumatismes dentaires*. Paris: Quintessence internationale; 2002.
- [28] Grandini S, Sapio S, Ferrari M. Traitement des fractures coronaires. *Real Clin* 2002;**13**:17-26.
- [29] Machtou P, Naulin-Ifi C. Les fractures radiculaires. *Real Clin* 2002;**13**:27-38.
- [30] Tardieu C, Chafaie A, Leonardon N. Les contentions. *Real Clin* 2002;**13**:75-86.
- [31] Cantaloube D, Rives JM, Daize E, Slleras JP. Traitement préventif et curatif des hémorragies opératoires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-090-G10, 1991 : 11p.
- [32] Fiessinger JN. Réduire les risques des anticoagulants oraux. *Rev Prat Méd Gén* 2001;**15**:1971.
- [33] Ellrodt A. L'hémophile aux urgences. In: *Guide pratique des urgences médicales*. Paris: Estem Ellrodt; 1995.
- [34] Laurian Y, Rfowicz A, Peynet J. Le traitement d'urgence chez l'enfant hémophile. In: *Hémorragies et thromboses en pédiatrie*. Paris: Arnette; 1988.
- [35] Drouet L. Trouble de l'hémostase et de la coagulation. Orientation diagnostic. *Rev Prat* 2003;**53**:873-82.
- [36] Samama CM, de Moerloose P, Hardy JF, Sié P, Steib A. *Hémorragie et thromboses périopératoires approche pratique*. Paris: Masson; 2000.
- [37] Lévy JP, Varet B, Clauvel JP, Lefèvre F, Bezeaud A, Guillin MC. *Hématologie et transfusion*. Paris: Masson; 2001.

- [38] Prescription des antibiotiques en odontostomatologie : méthodologie et recommandations. Communiqué de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- [39] Peron JM, Manguez JF. Cellulites et fistules d'origine dentaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-033-A-10, 2002 : 14p.
- [40] Karengera D, Mohammad HM, Lambert S, Reychler H. Cellulites faciales odontogènes. *Act Odontostomatol* 1996;**195**:395-407.
- [41] Appit. *Bactériémie, sepsis et choc septique*. Montmorency: E.Pilly 2M2; 1996.
- [42] Garateo-Crelgo J, Gay-Escoda C. Mediastinitis from odontogenic infection. Report of three cases and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;**20**:65-8.
- [43] Ogundya DA, Keith DA, Mirowski J. Cavernous sinus thrombosis and blindness as complications of an odontologic infection: report of a case and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;**47**:1317-21.
- [44] Grollier G, Mory F, Quentin C, Girard-Pipau F, Tigaud S, Sedallian A, et al. Sensibilité des anaérobies stricts en France : étude multicentrique. *Pathol Biol* 1994;**42**:498-504.
- [45] Peterson LJ. Contemporary management of deep infections of the neck. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;**51**:226-31.
- [46] Pons J. Les cellulites faciales aiguës diffuses. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1985;**86**:353-9.
- [47] Société de pathologie infectieuse de langue française et Société française de dermatologie. Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Conférence de consensus. *Med Mal Infect* 2000;**30**:241-5.
- [48] Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscesses: a retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;**110**:1051-4.
- [49] Friction JR, Schiffman EL. *Epidemiology of temporomandibular disorders*. New York: Advances in pain research and therapy; 1995.
- [50] Laplanche O, Pedetour P, Duminil G, Mahler P, Bolla M. Dysfonctionnements de l'appareil manducateur. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-435-E-20, 2001 : 15p.
- [51] Piette E, Reychler H. *Traité de pathologies buccales et maxillo-faciales*. Bruxelles: De Boeck Université; 1992.
- [52] Dupas P. *Diagnostic et traitement des dysfonctions craniomandibulaires*. Paris: Cdp; 2000.
- [53] Vaillant L, Goga D. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997.
- [54] Coulon JP, Piette E. Aphthes, aphtose buccale récidivante et maladie de Behçet. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-050-N-10, 1999 : 12p.

Pour en savoir plus

- Hess JC, Medioni E, Vene G. Pathologie endodontique. Clinique pulpaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-020-A-10, 1989 : 20p.
www.iadt-dentaltrauma.org.
- Zanon E, Martinelli F, Bacci C, Zerbinati P, Girolami A. Proposal of standard approach to a dental extraction in haemophilia patients. A case – control study with good results. *Haemophilia* 2000;**6**:533-6.
- Sampol J, Arnoux D, Boutière B. *Manuel d'hémostase*. Paris: Elsevier; 1995. *Indications des examens préopératoires*. Conférence d'experts. Paris: Andem; 1992.
- Biologie appliquée à la chirurgie bucco-dentaire*. Coordinateur Daniel Perrin Collection dirigée par Jean-Claude Nicolas. Paris : Elsevier ; 2005.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_recos.pdf.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_rap.pdf.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VV%20Mai03-Parodont%20ENG.pdf.
- Danozzan M. Foyer infectieux dentaires et complications. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), AKOS Encyclopédie pratique de médecine, 7-1105, 1998 : 6 p.
- Peron JM, Mangez JF Cellulite et fistules d'origine dentaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie/odontologie, 22-033-A-10, 2002 : 14p.
- Chassagne JF, Chassagne S, Deblock L, Gillet P, Bussienne JE, Pierucci F, et al. Pathologie non traumatique de l'articulation temporomandibulaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-056-R-10, Odontologie, 23-446-D-10, 2003 : 46p.

V. Ahoosi, Praticien hospitalier (victorin.ahossi@chu-dijon.fr).

G. Perrot, Praticien hospitalier contractuel.

L. Thery, Interne.

G. Potard, Faisant fonction d'interne.

D. Perrin, Praticien hospitalier, chef de service.

Service d'odontologie, Centre hospitalier et universitaire de Dijon, 3, rue du Faubourg-Raines, 21000 Dijon, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Ahoosi V., Perrot G., Thery L., Potard G., Perrin D. Urgences odontologiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-170-A-10, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations