



Bonus16-Lésions dentaires et gingivales.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer les principales lésions dentaires et gingivales		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: Lésions dentaires et gingivales	- Couronne/racine émail/dentine pulpe - Numérotation Dte à G: 1/2 (haut) ; 4/3 (bas) - Carie: dl provoquée / fugace / P° (5) - Pulpite: dl spontanée / horiz. / vitalité - Desmodontite: verticale / dent longue - Cellulite: localisée / collectée / diffuse - Placard infl. / trismus / crépitations - C3G-Flagyl IV + drainage chirurgical - Fracture (3) / contusion / luxation - Rechercher un traumatisme facial - Conserver la dent / ré-implantation - Gingivite: érythème / hypertrophie - Parodontite: poche parodontale +++ - Détartrage / hygiène BD / arrêt tabac	- Hygiène bucco-dentaire - Test de vitalité dentaire - Endocardite d'Osler (P°) - CI et/ou arrêt des AINS - Examen exo-buccal - Certificat / SAT-VAT

Généralités

Rappels anatomiques

- **Couronne**: partie supérieure au collet / dentine recouverte d'émail
- **Racine**: partie inférieure au collet / dentine recouverte du ciment
- **Pulpe**: cavité interne contenant le paquet vasculo-nerveux issu de l'apex
- **Desmodonte** (ligament alvéolo-dentaire): attache la racine à l'os alvéolaire

Numérotation des dents

- **dans chaque cadran**
 - incisive (1) / incisive latérale (2) / canine (3) / 2 prémolaires (4-5) / 3 molaires (6-8)
 - la 1ère dent à apparaître : molaire à l'âge de 6 ans
- **denture permanente (32 dents)**

maxillaire			
droite	18 ← 11	21 → 28	gauche
	48 ← 41	31 → 38	
mandibulaire			

- **denture lactéale**

- 20 dents; même système avec 5x / 6x / 7x / 8x

Infections dentaires

Pathologies infectieuses locales

- **Carie dentaire +++**
 - **Définition**
 - Destruction progressive des tissus durs de la dent (émail puis dentine)
 - **Facteurs favorisants**
 - **Facteurs locaux**
 - Hygiéniques: mauvais état bucco-dentaire (tartre / plaque)
 - Salivaires: xérostomie / hyposialie / asialie
 - Mécaniques : malposition dentaire / traumatismes répétés
 - **Facteurs généraux**
 - Alimentaires = **sucre** (favorise la multiplication bactérienne)
 - Génétiques: hérédité et facteurs ethniques ++
 - Pathologie prédisposante: endocrinopathies (diabète ++)
 - **Diagnostic**
 - **Clinique +++**
 - Douleur fugace **provoquée** à l'alimentation / aux variations thermiques
 - Inspection: tâche blanche/noirâtre ; palpation: « bouillie crayeuse »
 - Test de **vitalité** de la dent: chaud-froid (recherche atteinte pulpaire) (**A savoir !**)
 - **!! Remarque:** la douleur n'est jamais spontanée sinon c'est une pulpite
 - **Paraclinique**
 - Clichés rétro-alvéolaires dentaires ++ : bilan précis des dents
 - Panoramique (orthopantomogramme): lacune radiotransparente, recherche un abcès
 - **Traitement**
 - Ablation des tissus cariés puis réfection coronaire (amalgame)
 - **!!** si atteinte pulpaire associées = pulpectomie (dévitalisation)
 - **Prévention +++**
 - Hygiène bucco-dentaire (**A savoir !**) (brossage des dents biquotidien)
 - Mesures diététiques: éviter une alimentation trop sucrée
 - Consultation régulière chez le dentiste (bilan annuel indispensable)
 - Traitement des pathologies favorisantes (diabète / paradontopathies / asialie)
 - Remarque: la supplémentation en fluor n'est plus recommandée (cf [Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.](#))
- **Pulpite**
 - **Définition**
 - Infection bactérienne de la pulpe dentaire (contenant le nerf)
 - **Diagnostic**
 - Douleur **spontanée** / vive / insomnante / **mal localisée** (= « rage de dent »)
 - Percussion: douleur provoquée à la percussion **transversale**
 - Tester la **vitalité** de la dent: différencier chaud et froid (**A savoir !**)
 - **Complication = nécrose pulpaire**
 - Dévitalisation de la dent = disparition des signes fonctionnels +++
 - **Traitement**
 - **En aigu:** ouverture de la chambre pulpaire + antalgiques
 - **Au décours:** dévitalisation et obturation du canal par amalgame
- **Desmodontite aiguë**
 - **Définition**
 - Infection du ligament alvéolo-dentaire avec nécrose pulpaire
 - **!!** donc fait partie des paradontopathies (cf infra)
 - **Diagnostic**
 - Douleur **spontanée** / intense / pulsatile / empêche l'alimentation
 - Douleur provoquée à la percussion **verticale** (+/- transversale)
 - Impression de « dent longue » / mobilité de la dent / trismus
 - **Cliché rétro-alvéolaire** = élargissement de l'espace alvéolo-dentaire
 - -> dû fait de l'atteinte inflammatoire du ligament alvéolo dentaire distendu
 - **Traitement**
 - Urgence dentaire : collaboration médecin/dentiste
 - Selon état bucco dentaire :
 - Si traitement **non conservateur:**
 - ouverture de la chambre pulpaire

- avulsion (=extraction dentaire)
- Si traitement **conservateur** :
 - trépanation de la dent et de la chambre pulpaire
 - désinfection des canaux radiculaire avec exérèse des débris nécrotiques
 - comblement des canaux par une patte, et réfection de la couronne par un amalgame dès guérison de l'infection
 - +/- drainage de la collection si besoin
- Traitement médicamenteux : antalgiques / augmentin / bains de bouches antiseptique

o Surveillance

Complications

- Complications locales
 - o Aiguë: abcès apical
 - **Définition:** collection de pus à l'apex de la dent (apex osseux ou gingival)
 - **Diagnostic:** signes de desmodontite avec syndrome infectieux général
 - **Traitement:** ABT (Augmentin® PO 3g/j pendant 7j) + drainage (soins dentaires)
 - o Chronique: kyste ou granulome
 - **Définition:** foyer infectieux latent d'évolution chronique: lacune osseuse
 - **Dénomination:** si taille < 5mm = granulome ; si > 5mm = kyste
 - **Diagnostic:** asymptomatique +/- crises douloureuses ou abcès
 - **Traitement:** ablation du kyste/granulome + section/ablation de la racine
- Sinusite maxillaire dentaire (cf Infections naso-sinusiennes de l'adulte et de l'enfant.)
 - o Signes classiques de sinusite maxillaire
 - douleur infra-orbitaire / pulsatile / ↑ antéflexion / fièvre
 - rhinorrhée et écoulement purulent à l'ostium du méat moyen
 - le but du jeu : rechercher la dent en cause ++
 - rechercher des signes de mortification
 - en pratique, seules les dents intactes réagissant aux tests de vitalité sont considérées comme hors de cause
 - o Signes spécifiques signant l'origine dentaire
 - **cacosmie** +++ (anaérobies) / mauvais état bucco-dentaire
 - le caractère unilatéral++ (dans 80% des cas)
 - o Complication classique: aspergillose sinusienne
 - greffe aspergillaire sur pâte d'obturation dépassant en intra-sinusien
 - diagnostic sur panoramique dentaire: corps étranger et aspect en « grelot »
 - confirmation au scanner sinus ou Cone-beam dentosinusien
 - traitement chirurgical par métotomie moyenne et/ou abord de fosse canine
- Cellulite cervico-faciale dentaire
 - o Généralités
 - **Définition:** infection des tissus mous de la face
 - **Germes:** ceux du point de départ; si dentaire: **streptocoque D** ++ / anaérobies
 - **Facteurs de risque:** **AINS** +++ / ID: diabète +++
 - **3 stades** +++
 - cellulite localisée (= séreuse)
 - cellulite collectée (= purulente)
 - cellulite diffusée (« grangréneuse » = fasciite nécrosante)
 - o Diagnostic
 - **Examen clinique: selon le stade**
 - **localisée:** inflammation locale: **placard** rouge induré (!! marquer au feutre)
 - **collectée:** trismus / **masse** rénitente / douleur insomnante / fièvre élevée
 - **diffuse:** **crépitations** neigeuses +++ (= emphysème sous-cutané)
 - **Examens complémentaires**
 - **Bilan infectieux:** NFS-CRP / **hémocultures** / prélèvements locaux
 - **TDM cervico-faciale injectée:** en urgence / pour bilan d'**extension**
 - **Point de départ:** panoramique dentaire +/- clichés rétro-alvéolaires
 - **!! NPO bilan du terrain:** glycémie et BU si diabétique (**A savoir !**)
 - **Bilan pré-opératoire:** Gp-Rh-RAI-Crase / ECG-RTx / Cs anesthésie
 - **!! Remarque**
 - Diagnostic différentiel avec cellulite d'origine salivaire (cf [Pathologie des glandes salivaires.](#))
 - → **dispatrition** sillon entre la collection et la mandibule
 - o Evolution
 - **Complication locale**
 - **Thrombophlébite** de la veine faciale homolatérale (anticoagulation +++)
 - Séquence classique: desmodontite → cellulite → thrombophlébite...
 - **Extension naturelle**

- en rétro-styloïdien puis descend par la loge carotidienne vers le médiastin
 - → **médiastinite** gravissime: extension dans les bronches, etc (M = 80%)
 - **Pronostic**: sombre: même bien prise en charge, mortalité ~ 50% (!)
- **Traitement**
 - **Mise en condition**
 - Hospitalisation / urgence vitale +/- transfert en **REA si diffuse**
 - Patient à **jeun** / Cs d'anesthésie / appel chirurgien (ORL ou maxillo)
 - !! Arrêt des AINS et relais insulinothérapie si diabétique (**A savoir !**)
 - **Antibiothérapie**
 - En urgence / probabiliste / parentérale / double / active contre streptocoque et anaérobies. Ex: C3G (ceftriaxone) + métronidazole (Flagyl®) en IV
 - Si allergie pénicilline : clindamycine
 - **Drainage chirurgical ++**
 - D'emblée si cellulite diffuse / à toujours discuter même si localisée
 - **Si cellulite diffuse ou compliquée**
 - cervicotomie +/- thoracotomie si médiastinite (donc TDM pré-op)
 - exérèse des tissus nécrotiques puis mise en place de gouttières
 - lavages itératifs pluri-quotidiens sur les gouttières pendant 2-3 jours
 - **Traitement étiologique**
 - !! NPO l'**extraction de la dent** causale (**A savoir !**)
 - **Traitement symptomatique**
 - Antalgique-antipyrétique: adapté à l'EVA: niveau II ou III
 - AINS CI (**A savoir !**)
 - **Mesures associées**
 - **Anticoagulation** préventive: cf risque de thrombose de la v. faciale ++
 - Selon terrain: insuline si diabétique / prévention du DT si alcoolique..
 - **Surveillance**
 - **Clinique**: température / !! extension: marques au feutre / gouttières
 - **Paraclinique**: CRP +++ (fermeture à CRP normale) / glycémie si diabétique
- **Thrombophlébite de la veine faciale**
 - **Etiologie**: typiquement sur parodontite apicale d'une dent antérieure
 - **Clinique**: sepsis + oedème inflammatoire + cordon induré de la v. faciale thrombosée
 - **Complication**: rechercher une thrombose du **sinus caverneux +++**
 - Oedème palpébral (supérieur) + exophtalmie
 - Atteinte des nerfs crâniens (III-IV-VI) = ptosis / strabisme / diplopie
 - Syndrome méningé
- **Autres complications**
 - **régionales**: ostéite / adénopathie purulente / thrombophlébite crânio-faciale
 - **générale**: **endocardite** infectieuse d'Osler (**A savoir !**) / **spondylodiscite**

Parodontopathies

Généralités

- **Parodonte**: ensemble des tissus qui environnent la dent; il comprend:
 - cément + gencive + desmodonte (ligament alvéolo-dentaire) + os alvéolaire
- **Parodontopathies**
 - **gingivite**: atteinte inflammatoire sélective de la gencive
 - **parodontite**: atteinte de l'ensemble du parodonte (gencive + ligament + os)
 - **desmodontite**: atteinte du ligament alvéolo-dentaire (cf supra)
- **Physiopathologie**
 - **mécanisme commun**: dépôt de plaque bactérienne +/- minéralisée (= tartre)
 - **conséquence commune**: luxation totale dentaire (« déchaussement »)
- **Facteurs de risque**
 - **terrain**: sexe (M) / âge (↑) / précarité / **tabagisme** / alcoolisme
 - **facteurs locaux**: mauvaise hygiène bucco-dentaire +++ / malpositions
 - **facteurs généraux**: malnutrition / diabète / hémopathie / ID et chimiothérapie

Diagnostic

- **Examen clinique (+++)**
 - **Gingivite**
 - Gencive érythémateuse +/- hypertrophique aux collets des dents
 - Plaque dentaire (tartre) au niveau de l'émail +/- C°: carie / mobilité
 - **Parodontite**

- Signes de gingivite + **poche parodontale**: pathognomonique +++
- = approfondissement pathologique du sulcus gingival (au sondage)
- Examens complémentaires
 - Clichés rétro-alvéolaires: poche parodontale = **alvéolyse** osseuse

Traitement

- **Traitement symptomatique: détartrage** +/- curetage parodontal si parodontite
- **Traitement dentaire chirurgical**: extraction des dents +/- traitements endodontaires, etc.
- **Education et MHD +++** : **hygiène** bucco-dentaire et arrêt du **tabac** (A savoir !)

Traumatismes dentaires

Définitions

- **contusion**: choc sans lésion clinique ou radiographique
- **fracture**: peut être coronaire / radiculaire / alvéolaire
- **luxation**: perte de contact partielle ou totale entre la dent et l'alvéole

Orientation diagnostique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd / malocclusion dentaire pré-existante / SAT
 - **Anamnèse**: heure et circonstances du traumatisme
 - **Signes fonctionnels**: douleur / retentissement fonctionnel
- **Examen physique**
 - **Examen endo-buccal**
 - Type d'atteinte: mobilisation / percussion / exposition de la pulpe
 - Evalue la **vitalité** dentaire (atteinte pulpaire): test chaud/froid (A savoir !)
 - Recherche une fracture mandibulaire / hématome / occlusion
 - **Examen exo-buccal** (A savoir !)
 - Rechercher un traumatisme crânio-facial associé +++ (cf [Polytraumatisme.](#))
 - Examen neurologique / rechercher une plaie de la face (!! SAT-VAT)
- **Examens complémentaires**
 - **Panoramique** dentaire (orthopantomogramme): systématiquement en 1ère intention
 - Autres: clichés rétro-alvéolaires / clichés occlusaux / TDM faciale si traumatismes

Principes de traitement

- **Principes généraux**
 - L'objectif est **toujours** la conservation de la dent si possible +++
 - Principal facteur pronostique: rapidité de la prise en charge (ré-implantation < 30min)
- **CAT selon le traumatisme**

Contusion		◦ Abstention thérapeutique: antalgiques
Fracture	coronaire	◦ Si pas d'atteinte pulpaire: abstention thérapeutique ◦ Si atteinte pulpaire: ABT + pulpectomie + reconstruction
	radiculaire	◦ Atteinte pulpaire: de simple contention à pulpectomie
	alvéolaire	◦ Atteinte pulpaire rare: contention par arc seulement
Luxation		◦ Ré-implantation en urgence dans l'alvéole ◦ Si luxation complète: conservation dans du lait

- **Mesures associées**
 - **Certificat** médical descriptif: médico-légal +++ (A savoir !)
 - SAT-VAT en cas d'atteinte pulpaire (A savoir !)
- **Surveillance**
 - **Clinique**: tester la **vitalité** pulpaire à distance et répété

Quelle est la 1ère dent (de la denture permanente) à apparaître ? A quel âge ?

- Molaire
- 6 ans

Quel signe recherche-t-on sur le cliché rétro-alvéolaire en faveur d'une desmodontite aiguë ?

- Un élargissement de l'espace alvéolo-dentaire

Quel traitement d'automédication doit être recherché et arrêté dans une cellulite cervico-faciale dentaire ?

- AINS (A savoir !)

A quoi correspondent les crépitations neigeuses que l'on retrouve dans les cellulites diffuses ? Quelle mesure doit-on prendre ?

- Emphysème sous-cutané
- Délimiter au stylo, pour suivre l'évolution (idem érysipèle de jambe)