

# **LES URGENCES EN ODONTOLOGIE CONSERVATRICE/ENDODONTIE**

## **INTRODUCTION**

### **1-DÉFINITION DE L'URGENCE**

### **2- OBJECTIF**

### **3- INTERROGATOIRE**

### **4. EXAMEN CLINIQUE (EXOBUCCAL – ENDOBUCCAL - ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC)**

### **5- DIAGNOSTIC**

### **2- URGENCES EN OC/E ET LEUR PRISE EN CHARGE CHEZ L'ADULTE**

#### **2.1. Urgences de confort en odontologie restauratrice**

#### **2-2-Urgences d'origine pathologique**

##### **2-2-1- Urgences inflammatoires**

##### **2-2-2- Urgences infectieuses**

#### **2-3- Urgences d'origine thérapeutique**

#### **2-4- Urgences d'origine traumatique**

#### **2-5- Autres troubles fonctionnels ou esthétiques**

### **3. URGENCES EN OC/E ET LEUR PRISE EN CHARGE CHEZ L'ENFANT**

#### **3.1. EN DENTURE TEMPORAIRE**

#### **3.2. EN DENTURE PERMANENTE IMMATURE**

### **4. URGENCES TRAUMATIQUES ET LEUR PRISE EN CHARGE CHEZ L'ENFANT**

## **CONCLUSION**

## **INTRODUCTION**

### **1. DEFINITION**

### **2. OBJECTIF**

### **3. INTERROGATOIRE**

### **4. EXAMEN CLINIQUE**

#### **4.1 Examen exobuccal**

#### **4.2 Examen endobuccal**

#### **4.3. Les éléments de diagnostic**

4.3.1. La douleur

4.3.2. Le test de sensibilité

4.3.3. La percussion

4.3.2. Examens complémentaires

### **5. LE DIAGNOSTIC**

## **6. DIFFERENTES URGENCES ET LEUR PRISE EN CHARGE**

### **6.1. SYNDROMES DOULOUREUX D'ORIGINE PATHOLOGIQUE**

6.1.1. Urgences d'origine inflammatoire

6.1.1.1. Pulpite réversible

6.1.1.2. Pulpite irréversible

6.1.1.3. Prescription médicamenteuse

6.1.2. Urgences d'origine infectieuse

6.1.2.1. Parodontites apicales ou LIPOE

6.1.2.2. Parodontite apicale initiale (PAI)

6.1.2.3. Parodontite apicale aiguë (PAA)

6.1.2.4. Abscès apical aigu (AAA)

### **6.2. SYNDROMES DOULOUREUX D'ORIGINE THERAPEUTIQUE**

6.2.1. Urgences survenant au cours des traitements endodontiques

6.2.2. La poussée infectieuse

6.2.3. La poussée inflammatoire

6.2.3. Injection accidentelle d'hypochlorite de sodium au delà de l'apex

### **6.3. INFLAMMATION PARODONTALE**

6.3.1. Agression iatrogène

6.3.2. Desmodontite apicale aiguë

6.3.3. Syndrome du septum

### **6.4. INFLAMMATION DES TISSUS ENVIRONNANTS**

### **6.5. URGENCES DE CONFORT EN ODONTOLOGIE RESTAURATRICE**

### **6.6. URGENCES EN O C – ENDODONTIE EN DENTURE TEMPORAIRE**

### **6.7. URGENCES PARODONTALES EN DENTURE TEMPORAIRE**

➤ Syndrome du septum

➤ Kyste d'éruption

## **6.8.URGENCES TRAUMATIQUES**

6.8.1. Apprécier l'urgence

6.8.2. Diagnostic

6.8.3. Traitement degré 1

6.8.4. Traitement degré 2

6.8.5. Urgences traumatiques en denture temporaire

**6.8.6.** Urgences traumatiques en denture permanente immature

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **INTRODUCTION**

« C'est la survenue d'un problème diagnostique et thérapeutique dont l'examen ne peut être différé et qui nécessite une décision immédiate »

### **1. DEFINITION**

- L'urgence odontologique se définit comme un état pathologique aigu, nécessitant une action adaptée et immédiate
- Elle intéresse diverses pathologies, essentiellement de type infectieux, inflammatoire et traumatique.
- La douleur est une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps. Il s'agit d'un signe très subjectif, c'est un processus psychophysiologique.
- La consultation d'urgence se déroule le plus souvent dans un contexte particulier de stress.

### **2. OBJECTIF**

- L'objectif principal étant de soulager le patient. Il faut également prévenir les risques d'aggravation de l'état de santé du patient.
- Il est impératif d'établir les diagnostics étiologique, positif et différentiel les plus précis possibles.
- Le choix du traitement est fondé sur le diagnostic et il est le plus souvent étiologique et symptomatique.

### **3. INTERROGATOIRE**

- L'anamnèse permet de connaître les circonstances et la date d'apparition des symptômes, leur intensité et leur évolution, les facteurs déclenchant ou atténuant et de relever les signes généraux : asthénie, hyperthermie, adénopathie, dysphagie, etc.
- L'interrogatoire permet au praticien de noter les éventuelles pathologies d'ordre général, les antécédents médicaux et chirurgicaux et les traitements médicamenteux.
- La vaccination antitétanique doit être à jour pour les cas de traumatismes bucco-dentaires.
- Corroborer les symptômes décrits avec ce qu'on constate objectivement.

### **4. EXAMEN CLINIQUE**

Il est indispensable de réaliser une observation clinique rigoureuse qui ne doit pas perturber notre démarche diagnostique afin de s'orienter vers un diagnostic précis qui aboutit ainsi à une prise en charge thérapeutique adéquate.

#### **4.1 Examen exobuccal**

- Le praticien recherche la présence d'une éventuelle asymétrie du visage, d'une tuméfaction, d'adénopathies à la palpation, d'une fistule, de plaies.
- Une déviation ou limitation de l'ouverture buccale (trismus) sont recherchées. Une altération importante de l'état général peut entraîner une hospitalisation du malade.

#### **4.3 Examen endobuccal**

- L'examen endo buccal ne se limite pas à la zone dite douloureuse. L'ensemble de la cavité buccale doit être inspectée, l'hygiène doit être évaluée.
- L'inspection des muqueuses recherche la présence d'un état inflammatoire, d'un saignement gingival, d'éventuelles fistules, d'ulcérations ou de tuméfactions.

- L'examen dentaire permet de détecter et d'évaluer les dyschromies (localisation, nature, intensité), les mobilités, les lésions carieuses, les lésions non carieuses (abrasion, myolyses, fractures), les restaurations (localisation, volume, anatomie)

### 4.3. Les éléments de diagnostic

#### 4.3.1. La douleur

La douleur est le motif principal de consultation et ses caractéristiques doivent être évaluées : intensité, caractère spontané et/ou provoqué, durée, localisation, périodicité, période de survenue, etc.

C'est une sensation et émotion désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou présentées en des termes décrivant de telles lésions.  
**O.M.S.**

En endodontie : c'est la conséquence de lésions tissulaires potentielles ou réelles.

La douleur aiguë est dite douleur symptôme

La douleur chronique est une douleur maladie à partir du moment où elle est installée depuis 3 à 6 mois.

- **C'est le facteur dominant** dans le tableau clinique des pulpites qui oblige le patient à consulter.
- **Les pulpites réversibles** sont accompagnées de douleurs uniquement provoquées, s'arrêtant avec l'arrêt du stimulus.
- **Les pulpites irréversibles**, douleurs spontanées, intermittentes, souvent mal localisées, pulsatiles, exacerbées par la position horizontale et calmées par les antalgiques, contrairement aux desmodontites rebelles aux antalgiques.

#### 4.3.2. Le test de sensibilité

- doit être mené avec beaucoup de prudence, car tout stimulus peut déclencher une crise douloureuse aiguë chez le patient.

- **Plusieurs réponses peuvent être observées :**

- Si le patient réagit au froid et au test électrique, mais la douleur s'arrête immédiatement après le stimulus, il s'agit d'une pulpe vivante, saine / inflammation encore réversible.
- Si douleur vive, souvent retardée après application du stimulus va en augmentant même après l'arrêt du stimulus il s'agit d'une atteinte irréversible.

#### 4.3.3. La percussion

- permet de savoir si la région péri-apicale du parodonte présente une inflammation.
- Manche d'un instrument **en percutant légèrement la dent. Ce test est réalisé en comparant la dent incriminée** avec les dents adjacentes.
- Une douleur à la percussion révèle très probablement un état inflammatoire du parodonte.

#### 4.3.2. Examens complémentaires

- L'examen radiologique est l'examen complémentaire de choix en urgence.
- La radiographie rétro alvéolaire permet de visualiser l'intégralité de la dent et du parodonte.
- La radiographie permet d'évaluer le volume pulpaire (rétraction pulpaire, oblitération canalaire, résorption), l'épaisseur et la régularité du ligament alvéolo-dentaire, la lamina dura, le stade de maturation radulaire.
- La présence éventuelle de Lésions Inflammatoires Périradiculaires d'Origine Endodontique (LIPOE) sera recherchée et identifiée sur la radiographie.

- Lors de la présence d'une fistule, une radiographie rétro-alvéolaire avec un cône de gutta-percha permet de localiser l'étiologie de l'infection.
- La transillumination peut mettre en évidence des lésions traumatiques.

## 5. LE DIAGNOSTIC

L'investigation clinique doit conduire à formuler un diagnostic précis et clair.

## 6. DIFFERENTES URGENCES ET LEUR PRISE EN CHARGE

- Les urgences peuvent être endodontiques, infectieuses, traumatiques ou encore prothétiques,
- ¾ des consultations en urgence pour des douleurs buccales ou maxillo-faciales relèvent d'une thérapeutique endodontique.
- La douleur en endodontie peut être d'origine pulpaire ou périapicale ou bien secondaire à une intervention clinique.
- Il est donc important de pouvoir systématiser les urgences endodontiques en fonction des différents tableaux cliniques : établir un diagnostic, effectuer l'acte chirurgical local, corriger si besoin l'occlusion et utiliser les médicaments locaux et systémiques adéquats.
- Déterminer au 1<sup>er</sup> appel s'il s'agit d'une urgence de confort :
- Motif de l'appel : traumatisme, douleur, hémorragie ou urgence de confort
- Facteur déclenchant : avulsion récente, chute, douleur spontanée, etc.
- Moment de l'apparition
- Patient du cabinet ou non
- Disponibilité horaire
- Fonction de chaque cas des questions systématisées peuvent être posées : Douleur ? Tuméfaction ? Traumatisme ? Hémorragie ?
- Pour chaque appel téléphonique préciser → pas d'automédication

### 6.1. SYNDROMES DOULOUREUX D'ORIGINE PATHOLOGIQUE

- Apprécier l'urgence
- Douleurs spontanées - Irradiations - Atteinte des chaînes ganglionnaires
- Œdème - Médications absorbées - Faciès du patient - Signes généraux
- Examens complémentaires éventuels (tests – radio etc.)
- Poser le diagnostic
- Inflammations pulpaires réversibles et irréversibles
- Inflammations desmodontales →
- Desmodontite apicale - Abscess apical aigu
- Lésion endo - parodontale - Syndrome du septum

**Tab. I. SIEGE DES IRRADIATIONS**

Dent	Territoire de l'irradiation
Incisives supérieures	Lèvre supérieure
Canines supérieures	Région orbitaire
Prémolaires / molaires supérieures	Région temporale
Incisives / canines inférieures	Région mentonnière
Prémolaires inférieures	Région sous angulo mandibulaire
Molaires inférieures	Région auriculaire

## 6.1.1. Urgences d'origine inflammatoire

### 6.1.1.1. Pulpite réversible

Lorsque la pulpe est vivante et intacte avec quelques signes inflammatoires discrets (douleurs provoquées durables  $\leq 2$ mn), elle est hyperhémique et la vitalité pulpaire peut souvent être conservée (classe I et II de Baume).

Le traitement consiste en :

- l'élimination de l'agent agresseur (carie, traumatisme occlusal ou autre).
- la mise en place d'un produit dentinogène qui sera protégé par un pansement occlusif.

### 6.1.1.2. Pulpite irréversible

Douleurs violentes, pulsatiles, spontanées, intermittentes, irradiées ou projetées aux dents contiguës, aux antagonistes ou aux régions voisines.

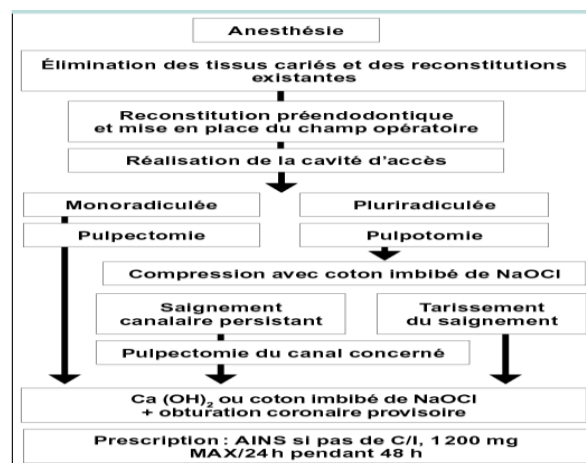
#### ❖ Dents Monoradiculées

- Élimination complète du parenchyme pulpaire ou pulpectomie après anesthésie.
- Irrigation abondante à l'hypochlorite de sodium est de règle afin de permettre l'élimination des débris pulpaire qui peuvent rester dans le canal.
- La cavité sera fermée par un coton imbibé d'un antiseptique afin d'éviter toute contamination+ Un pansement hermétique.
- si le temps le permet, une obturation canalairé immédiate est préférable.

#### ❖ Dents pluriradiculées

- L'anatomie complexe pulpotomie en cas d'urgence d'origine inflammatoire au niveau de ces dents.
- Élimination totale de la pulpe camérale enflammée décongestion de la pulpe radicaire
- Une boulette de coton stérile sèche ou imbibée d'un antiseptique est déposée dans la chambre pulpaire avant la mise en place d'un pansement provisoire hermétique et non compressif.
- Dans le cas d'une participation desmodontale, l'inflammation pulpaire est totale et le traitement d'urgence sera une élimination complète du parenchyme pulpaire, une mise en forme canalairé en une séance est nécessaire, suivie de la mise en place d'un hydroxyde de calcium fluide dans les canaux, et dense au niveau de la chambre pulpaire.
- Une prescription en cas de persistance de douleur peut être utile (cf.ci dessous au 6.1.1.3.).

Tab II. Traitement de la pulpité aigüe irréversible



**SYNDROMES DOULOUREUX D'ORIGINE PATHOLOGIQUE (résumé)  
TRAITER L'URGENCE**

<b>Diagnostic</b>	<b>Symptômes</b>	<b>Traitement d'urgence</b>
<b>Inflam pulpaire réversible</b> (syndrome dentinaire)	Douleurs provoquées → chaud, froid, sucré	Exérèse tissus cariés + Zno-Eugénol
<b>Inflammation pulpaire irréversible</b> (pulpite)	Douleurs spontanées violentes, irradiées	Pulpotomie + éviction de la pulpe rad de la racine principale (mono) Pulpectomie sur pluriradiculée
<b>Desmodontite apicale</b> (nécrose pulpaire)	Douleurs → Chaud, percussion axiale, palpation apicale	Drainage + meulage + antibiothérapie
<b>Abcès apical aigu</b>	Douleurs → chaud, percussion axiale, palpation apicale, Fistule (chronicité) ???	Drainage + meulage + Antibiothérapie + dent ouverte
<b>Lésion endo parodontale</b>	Douleurs → chaud, percussion axiale, palpation tables osseuses + perte d'attache	Ouverture chambre pulpaire, antibiothérapie, curetage parodontal localisé
<b>Syndrome du septum</b>	Douleurs → mastication, percussion, passage du fil de soie dans l'espace interdentaire concerné	Débridement, restauration provisoire d'un point de contact, motivation, hygiène

**Attention**

- Diagnostic différentiel avec d'autres algies
- Eviter la confusion lors de l'identification de la dent causale
- Gêne à la fermeture buccale (obturation)
- Ne jamais utiliser de médication escarotique pouvant entrainer une douleur et nécrose du tissu osseux.

**6.1.1.3. Prescription médicamenteuse**

- Points clés → histoire de la maladie + intensité, topographie et rythme de la douleur.
- Pour le choix d'un antalgique : on se base sur l'échelle de l'OMS à 3 paliers l'intensité de la douleur et l'état de santé du patient qui conditionnent la prescription. ???



**AUTO-EVALUATION :**  
**ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES**  
**E.V. A. et E.V. S**

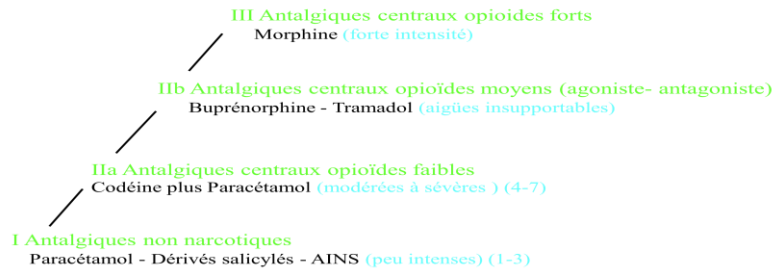


Absence de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Modérée Moyenne Importante

35

**Echelle corrigée de prescription hiérarchisée des analgésiques**



*Héron, 2000. O. M. S*  
36

**ECHELLE HIERARCHISEE**  
**ADAPTEE A L'ODONTOSTOMATOLOGIE**

	<b>NIVEAU I : douleurs légères et modérées</b>	<b>NIVEAU II : douleurs intenses</b>
<b>Si A.I.N.S pas contre indiqués</b>	Ibuprofène 200 mg 6 / j + dose d'attaque 400 mg	Ibuprofène 200 mg 6 / j si prescrit en 1 <sup>ère</sup> intention Kétoprofène 50 mg 6/j si prescrit après échec de l'ibuprofène 200 mg
<b>Si A.I.N.S contre indiqués</b>	Paracétamol 500 mg 6 / j + dose d'attaque 1000 mg	Paracétamol 600 mg – codéine 50 mg, 5 / j
A intervalles réguliers : toutes les 4 à 6 heures Durée : 2 à 3 jours		

**6.1.2. Urgences d'origine infectieuse**

**6.1.2.1. Parodontites apicales ou LIPOE**

L'inflammation du péri-apex est causée par le passage des bactéries et/ou de leurs sous-produits à partir du réseau canalaire, soit par diffusion naturelle de l'inflammation par les voies foraminales, soit de manière iatrogène (surinstrumentation, expulsion de débris et de bactéries lors de la préparation canalaire,...). Cette affection se traduit par l'apparition d'une

phase aiguë. L'évolution de ces lésions peut se faire sous une forme chronique asymptomatique ou sous des formes aiguës très douloureuses. Parmi les formes aiguës, on distingue :

### 6.1.2.2. Parodontite apicale initiale (PAI)

Correspond soit à une inflammation débutante d'origine endodontique (consécutif à une pulpite aiguë), soit à une inflammation transitoire consécutive à un traumatisme du ligament alvéolodentaire (restauration en sur-occlusion, anesthésie intraligamentaire).

## Diagnostic et prise en charge des parodontites apicales initiales

<b>Signes cliniques</b>	<b>Douleur sourde, continue, exacerbée par le contact occlusal</b> Restauration défectueuse, lésion carieuse, fracture
<b>Signes radiologiques</b>	Léger élargissement ligamentaire
<b>Tests complémentaires</b>	Tests de sensibilité pulpaire Test de percussion positif, pathognomonique du passage de l'inflammation dans le péri-apex Examen parodontal
<b>Diagnostic différentiel</b>	Pulpite Syndrome du septum
<b>Traitement</b>	Désinfection de l'endodonte sous champ à l'hypochlorite de sodium  Obturation temporaire non compressive étanche Mise en sous occlusion

### 6.1.2.3. Parodontite apicale aiguë (PAA)

La parodontite apicale aiguë correspond à une inflammation patente, installée dans le péri-apex, consécutive à l'extension de l'infection endodontique vers la région apicale. Le tissu conjonctif périapical est inflammé et infecté par une nécrose pulpaire ou par un refoulement septique avec un échec de traitement endodontique.

## Diagnostic et prise en charge des parodontites apicales aiguës

<b>Signes cliniques</b>	<b>Douleur spontanée, continue, localisée, exacerbée à la mastication</b> Légère mobilité dentaire Sensation de dent longue, de surocclusion
<b>Signes radiologiques</b>	Élargissement ligamentaire Image radioclaire péri-apicale avec des limites plus ou moins diffuse
<b>Tests complémentaires</b>	Test de percussion axial positif Test de froid négatif, positif au chaud Examen parodontal
<b>Diagnostic différentiel</b>	Pulpite Syndrome du septum
<b>Traitement</b>	Parage canalaire sous champ, mise en forme et irrigation à l'hypochlorite de sodium  Obturation temporaire non compressive étanche Mise en sous occlusion

### 6.1.2.4. Abscess apical aigu (AAA)

- Caractérisé par une douleur aiguë, une sensibilité aiguë de la dent et un gonflement important des tissus mous avec douleur à la palpation.
- Les tests de vitalité sont négatifs et la mobilisation de la dent est très douloureuse.

- La radiographie montre un desmodonte normal ou un élargissement desmodontal avec parfois une zone de raréfaction osseuse.
- Le patient peut présenter une altération de l'état général avec une poussée de fièvre et des céphalées.

### ***Diagnostic***

Le diagnostic différentiel avec :

- L'abcès parodontal : mêmes signes cliniques et radiographiques, mais, la dent est vivante et il existe une poche parodontale d'où peut s'écouler du pus au cours du sondage.
- L'abcès récurrent: C'est une parodontite apicale chronique qui devient subitement aiguë et symptomatique. Elle présente donc tous les signes cliniques de l'abcès apical aigu et les signes radiographiques de la parodontite apicale chronique :radio-transparence autour de l'apex.

### ***Prise en charge des abcès apicaux aigus***

- Le but du traitement d'urgence est de drainer la collection purulente qui s'est amassée autour de l'apex.
- La trépanation s'effectue sans anesthésie puisque la pulpe est dans tous les cas nécrosée et la douleur n'est pas d'origine pulpaire.
- La dent doit être trépanée à grande vitesse, en la tenant entre le pouce et l'index car la mobilisation est très douloureuse.
- Le champ opératoire est nécessaire afin d'éviter au patient d'avaler les liquides purulents.
- En général, dès que la cavité d'accès est réalisée, le drainage du pus se fait spontanément et le patient est immédiatement soulagé.
- L'irrigation abondante au sérum physiologique doit être réalisée pour éliminer les débris nécrotiques.
- Dans certaines situations, le drainage ne se fait pas spontanément. Dans ce cas, la sur instrumentation légère avec une lime fine (08 ou 10) permet d'obtenir le drainage.
- La dent est ensuite laissée ouverte 48h à 72h pour permettre l'évacuation totale du pus. Une antibiothérapie est souvent indiquée car elle peut aider l'organisme à lutter contre l'infection.
- Des bains de bouche très fréquents à l'eau salée très chaude permettent de soulager très rapidement le patient et évitent la stagnation des aliments dans la cavité ouverte.
- Dans certaines situations, on ne peut obtenir l'évacuation du pus malgré la sur-instrumentation.
- prescrire une antibiothérapie associant une amoxicilline et le métronidazole.
- Cette antibiothérapie, en plus de bains de bouche d'eau chaude et salée permet à la tuméfaction de mûrir.
- Le patient est revu 24h après pour inciser au point le plus déclive de la collection purulente.

## **6.2. SYNDROMES DOULOUREUX D'ORIGINE THERAPEUTIQUE**

### **Apprécier l'urgence**

- Identifier le geste thérapeutique causal → Nature, Durée des soins, Antériorité, Circonstances d'apparition de la douleur, Intensité.
  - Autres investigations
- Douleurs spontanées + Irradiations + Adénopathies + Médications absorbées + Faciès du patient + Signes généraux.
- Autre pathologie en cause ?
  - Evaluation de l'état de santé général.

### **Examens complémentaires**

- Tests → thermiques + percussion axiale et transversale
- Palpation de la zone apicale
- Sondage parodontal
- Rx rétro-alvéolaire et / ou rétro - coronaire
- Présence de fistule → Rx avec cône de gutta dans la fistule
- Vérification des points de contact au fil de soie
- Examen des tissus environnants (parodonte, joue, langue)

### **Poser le diagnostic**

- *Inhalation ou ingestion d'un instrument* :
  - Effraction pulpaire accidentelle
  - Traitement restaurateur mal conduit
  - Nécrose pulpaire suite à un geste thérapeutique
- *Inflammation parodontale* :
  - Agression iatrogène → Fusée arsenicale, blessure des tissus parodontaux
  - parodontite apicale aiguë
  - Syndrome du septum
- *Inflammation des tissus environnants* :
  - Langue → Fracture coronaire - Bague de cuivre aux bords agressifs
  - Pathologie occlusale → ATM, malocclusion
  - Joue / langue → Blessure par dérapage instrumental

### **Traiter l'urgence**

#### ***Inflammation pulpaire***

Effraction pulpaire → Pulpotomie

- Traitement restaurateur mal conduit → surveillance ou remplacement de l'obturation par une obturation temporaire étanche
- Diagnostic erroné → rétablir dgc → trt en f/ pulpo ou pulpectomie

Nécrose pulpaire suite à geste thérapeutique → Ouverture + drainage

#### **6.2.1. Urgences survenant au cours des traitements endodontiques**

- Il s'agit dans ce cas de douleurs violentes qui surviennent entre 2 séances de traitement endodontique.
- Ces douleurs sont d'autant plus mal vécues par le patient qu'il n'avait "pas mal" avant de commencer les soins.

##### **6.2.1.2. La poussée infectieuse**

###### **■ Etiologie**

- Passage de débris nécrosés dans la région péri-apicale,
- Changement de la flore canalaire par contamination par la flore salivaire ou par les instruments endodontiques.
- Patient malade présentant un état général fragile.

###### **■ Traitement d'urgence**

Le traitement est le même que pour l'abcès périapical aigu auquel on associe systématiquement une antibiothérapie à base d'amoxicilline et de métronidazole

##### **6.2.1.3. La poussée inflammatoire**

###### **■ Etiologie**

- sur-instrumentation, notamment, franchissement par les instruments de gros calibre de la barrière apicale.
- A la différence de l'infection, la douleur d'origine inflammatoire n'apparaît que 48 à 72h après le rendez-vous.

#### ■ *Traitement d'urgence*

- ouverture de la cavité d'accès endodontique,
- irrigation abondante à l'hypochlorite de sodium avant introduction de tout instrument endodontique.
- Obturation provisoire à l'hydroxyde de calcium

#### **6.2.1.3. Injection accidentelle d'hypochlorite de sodium au delà de l'apex**

Les conséquences de cette injection peuvent être très graves; douleurs immédiates et violentes, hémorragie canalaire importante & tuméfaction importante apparaît immédiatement.

#### **Symptomatologie**

- Douleurs sévères
- Œdème graduel
- Hémorragie canalaire
- Hématome + ecchymose cutanés
- Paresthésie

#### **Conduite à tenir**

- Rassurer le patient
- Anesthésie locale
- Rinçage
- Laisser la dent ouverte

#### **Traitement d'urgence**

- Idéalement, Injection en IV immédiate d'antibiotique et d'hydrocortisone.
- Prescription d'antibiotiques + corticoïdes par VO

### **6.3. INFLAMMATION PARODONTALE**

#### **6.3.4. Agression iatrogène**

Supprimer la cause, éliminer séquestre osseux, irriguer avec H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, antibiothérapie, surveillance clinique et radio.

#### **6.3.5. Desmodontite apicale aigue**

-Traitement endodontique en cours :

Dépose de l'obturation provisoire, irrigation clona, obturation provisoire en sous occlusion, antalgiques ou AINS + antibiotiques

- Traitement endodontique terminé :

Rx rétro → si traitement correct → antalgiques ou AINS + antibiotiques

#### **6.3.6. Syndrome du septum**

Débrider l'espace inter-dentaire et remplacer l'obturation temporaire

### **6.4. INFLAMMATION DES TISSUS ENVIRONNANTS**

- Joue, langue → fracture coronaire, bague de cuivre (bords agressifs)
- Pathologie occlusale articulation temporo-mandibulaire :
  - Analyser la cause
  - Polir les surfaces agressives

- Contrôler l'articulé + mouvements de latéralité
- Effectuer un meulage sélectif
- Joue, langue, blessure par dérapage instrumental → utiliser un antiseptique local.

### Matériel nécessaire

- Matériel anesthésique, champ opératoire
- Instrumentation rotative, instrumentation d'endodontie
- Obturation provisoire + Papier à articuler + Générateur 50 ou 70 KV

#### ▪ Attention

- Ne pas surajouter un autre phénomène inflammatoire,
- Le patient n'est pas toujours à même de décrire les soins pratiqués antérieurement,
- Le patient a-t-il suivi les indications données par son praticien ? (prescription)
- La situation n'est-elle pas en train d'évoluer favorablement ?

## 6.5. URGENCES DE CONFORT EN ODONTOLOGIE RESTAURATRICE

### ○ Atelles de contention décollées ou fracturées

Restaurer provisoirement avec un composite + adhésif

### ○ Facette esthétique ou inlay en céramique ou composite décollés

Abstention ou traitement complet sous champ opératoire

Si la structure sous jacente est atteinte → revoir le plan de traitement

### ○ Altération esthétique

Reconstitution visible défectueuse → Refaire la reconstitution provisoire avec C.V.I hybride ou reconstitution permanente avec composite + système adhésif améiodentinaire  
?????

## 6.6. Urgences O C – Endodontie en denture temporaire

### Urgences O C – Endodontie Denture temporaire

	Syndrome dentinaire	Syndrome pulpaire	Pathologie apicale aiguë	Pathologie apicale chronique
<b>Symptômes</b>	Douleurs provoquées : Chaud, Froid, Sucre	Douleurs spontanées, pulsatiles, Irradiées, Rares, fugaces	* Œdème * Voussure vestibulaire * Atteinte état général	Fistule ou parulie
<b>Traitement</b>	* Exérèse carie * Pulpotomie de fixation ou * Restauration	* Pulpectomie * Obtura canal	1/ Trépanation, Nettoyage cx, Antibiothérapie 2/obturation canal ou extraction (furcation)	Idem patho apicale aiguë

## Urgences O C – Endodontie

### Denture permanente immature

	Syndrome dentinaire	Syndrome pulpaire	Pathologie apicale aigue	Pathologie apicale chronique
<b>Symptômes</b>	Douleurs provoquées : Chaud, Froid, Sucre	Douleurs spontanées, Polype pulpaire	* Œdème * Voussure vestibulaire * Atteinte état général	Fistule + lésion Rx
<b>Traitement</b>	Conservation vitalité pulpaire → Coiffage indirect	CAOH2 → apexogénèse ou apexification	*Trépanation, *Nettoyage cx, *Antibio * Apexification ou extraction	Apexification ou extraction (molaires très délabrées)

68

#### 6.7. Urgences parodontales en denture temporaire

##### ➤ Syndrome du septum

Symptômes → Douleurs après les repas, gencive rouge oedématisée, saignement au brossage

Traitement → Rétablissement de la morphologie du point de contact

##### ➤ Kyste d'éruption

Symptômes → Œdème bleuâtre (zone édentée)

Traitement → Abstention thérapeutique

#### 6.9. Urgences traumatiques

- Les traumatismes de la région buccale sont fréquents puisqu'ils représentent 5% des lésions amenant les personnes à consulter
- Les traumatismes touchent les plus jeunes, puisque 50% des enfants de moins de 12 ans ont subi un traumatisme dentaire
- Les traumatismes alvéolo-dentaires sont liés aux activités sportives une fois sur deux
- L'importance de l'atteinte, unique ou multiple, avec ou sans lésions associées, l'âge du patient ainsi que le moment du traumatisme vont déterminer le caractère urgent de la prise en charge du traumatisme.
- Les tests de sensibilité réalisés le jour même sont souvent transitoirement négatifs et peu fiables. Les contrôles de suivi sont indispensables pour poser un diagnostic pulpaire définitif
- L'objectif du traitement en urgence est de supprimer l'inflammation parodontale et pulpaire, de protéger la vitalité pulpaire et de contrôler la mobilité parodontale.

##### 6.8.1. Apprécier l'urgence

- Contexte → \* Lésions uniques ou multiples

\*Avec ou sans lésions associées : muqueuses ou osseuses

- Age du blessé → Adulte ou enfant (- de 10 ans) → dents immatures
  - Moment de l'accident → récent ou de plusieurs heures
  - Examen clinique
    - Inspection → Luxée, absente, fracturée, lésions associées
    - Palpation et percussion → mobilité + intégrité de l'os alvéolaire
    - Vérification de l'occlusion
    - Recherche des douleurs spécifiques → Point exquis des fractures
  - Examens complémentaires
- \* Tests de sensibilité pulpaire : chaud, froid, électrique peu significatifs après l'accident

\* Tests d'altération parodontale :

Percussion (axiale et transversale ) + Sondage parodontal

\* Tests de fêlure et fracture coronaire → morsure , coloration, transillumination

\* Tests de fracture radiculaire → test de la mobilité entre 02 instruments.

➤ Radiographies → Rétroalvéolaire, occlusale, Panoramique

➤ Rx desmodonte →

Elargissement léger → contusion

Elargissement important → luxation

➤ Radio radiculaire

→ fracture verticale

→ fracture horizontale → 1/3 apical, 1/3 moyen, 1/3 cervical

→ fracture oblique → intéresse ou pas l'attache épithéliale

### 6.8.2. Diagnostic

- Contusion → dent mobile
- Luxation partielle → dent hors de l'alvéole, sur l'arcade
- Expulsion → dent pas sur l'arcade
- Fractures coronaires → émail, dentine, pulpe
- Fractures radiculaires → verticales, horizontales, obliques

### 6.8.3. Traitement degré 1

➤ **Concerne**

\* Contusion, Luxation

\* Fracture → Coronaire avec ou sans exposition pulpaire, radiculaire

\* Lésions associées

➤ **Mise en œuvre**

\* Thérapeutiques médicales :

- Antalgiques → salicylés (Aspégic), paracétamol (Doliprane)

- Antibiotiques → selon le cas et l'âge du patient

- Antiseptiques locaux,

- Des bains de bouche à la chlorhexidine seront prescrits pendant 8 jours.

\* Thérapeutiques chirurgicales « dents matures ou non » :

- Contention → luxation

- Pulpotomie → exposition pulpaire



### ➤ **Contention**

- Atelles collées ou ligatures métalliques
- Contre-indiquée → enfant moins de 2 ans
- Matériel pour ligatures métalliques :
  - Seringue et aiguille + anesthésique + compresse stérile
  - + fil à ligature acier mou 3/10 + fil à ligature acier 6/10 ou arc crénelé
  - + 02 pinces de doyen + antiseptiques + sérum physiologique
- Marche à suivre →
  - \* Nettoyage des plaies avec du sérum salé et suturées si besoin
  - \* Réduction de la luxation → manuelle ou davier (prise difficile)
  - \* Réduction de la fracture (sauf fracture verticale)
  - \* Ligatures
  - \* Réimplantation « date + conditions de conservation de la dent »

### ➤ **Pulpotomie**

Matériel nécessaire :

- Champ opératoire
- Matériel pour anesthésie locale ou loco-régionale
- Fraise ronde diamantée pour trépanation, excavateur à col long
- Fraise ronde acier à col long (diamètre / chambre pulpaire)
- CaOH<sub>2</sub> en poudre + H<sub>2</sub>O distillée
- Eugénate modifié (IRM) et /ou verres ionomères
- Papier à articuler
- Hypochlorite de soude et seringue à irrigation

Marche à suivre :

- Anesthésie locale ou locorégionale
- Amputation de la pulpe coronaire
- Mise en place du CaOH<sub>2</sub> → spatule ou bourre- pâte (monoradiculée)
- Pansement : IRM, Cavit, Verres ionomères

Lésions associées → désinfection au dakin et sutures

## **6.8.4. Traitement degré 2**

### ➤ **Urgences de la veille**

- Traité partiellement la veille
- Renvoyé au lendemain par le praticien

### ➤ **Patients vus la veille**

Vérifier

- La contention, la tenue des ligatures, le composite en place et l'immobilité de la dent
- Dents matures (> 10 ans) → pulpectomie (pulpotomie la veille)
- Apex immature (< 10 ans) → vérifier le traitement par CAO<sub>2</sub>H « apexogénèse » ou apexification en appréciant :
  - \* l'étanchéité de l'obturation coiffant (CAO<sub>2</sub>H)
  - \* La qualité du traitement par la radio
  - \* L'absence de syndrome pulpaire « signes subjectifs et objectifs »
  - \* Le traitement comportant :
    - La reconstitution coronaire
    - La prothèse provisoire ou mainteneur d'espace
    - L'extraction de fragments dentaires intra-alvéolaires

- La mise en route → apexogénèse ou apexification

➤ **Patients renvoyés au lendemain**

Il peut s'agir de :

- Fractures coronaires sans exposition pulpaire
- Contusions simples sans luxation
- Expulsions « dent pas retrouvée »
- Fractures dentaires avec exposition corono –radiculaire

Plan de traitement établi

➤ **Matériel nécessaire**

- Matériel pour anesthésie locale et/ou loco régionale
- Matériel rotatif + Fraise boule (contre- angle et pièce à main) N° 1, 2
- Précelle, sonde, miroir, excavateur à col long, spatule à bouche et spatule à ciment
- Fraise ronde diamantée FG - petite taille
- Composite chémo ou photopolymérisable + lampe à photopolymériser
- Instrumentation d'avulsion + champ opératoire et matériel de pose

➤ **Pharmacie**

- Eugénol + oxyde de zinc
- Hypochlorite de soude avec seringue d'irrigation
- CaOH<sub>2</sub> + eugénate modifié (IRM) + Sérum physiologique
- Anesthésique de contact (5%)

**Attention**

➤ **Diagnostic différentiel**

- Hémorragie pulpaire / gingivale
- Traits de fractures / structures anatomiques normales
- Dent nécrosée avant accident / dent vitale

➤ **Traitements non adaptés à l'âge du patient, concernant :**

- Posologie
- Appréciation du degré de maturation apicale
- Interactions et contre-indications médicamenteuses
- Allergies éventuelles à certains médicaments

➤ **Conséquences médico-légales → 1 certificat précis est obligatoire :**

- Topographie des lésions + signes cliniques
- Réserves d'usage en fonction de l'âge des patients
- Consentement parents et / ou tuteurs « mineurs ou incapable » → Thérapeutiques chirurgicales

**6.8.5. Urgences traumatiques en denture temporaire**

- **Fracture de l'émail** → Meulage, Polissage, Fluoration
- **Fracture de l'émail et de la dentine** →

Petite perte de substance → Meulage, Polissage, Fluoration

Perte de substance plus importante → Reconstitution

- **Fracture de l'émail, de la dentine, pulpe atteinte** →

Récente, minime, dent immature → Pulpotomie au CaOH<sub>2</sub>

Ancienne plus importante → Peu résorbée : pulpectomie  
résorbée de 2/3 : extraction

- **Fracture corono - radulaire** → Extraction
- **Fracture radulaire** sans déplacement du fragment coronaire → Abstention + surveillance
- **Fracture radulaire** avec déplacement du fragment coronaire → Extraction
- **Luxation** → Mobilité, déplacement, son sourd à la percussion :  
subluxation ou extrusion

Traitement = Repositionnement , contention, extraction si risques d'interférences occlusales ou atteinte du germe.

- **Intrusion** → Son métallique : intrusion ou luxation latérale

Traitement (apex vestibulaire) → abstention car rééruption possible en 1 à 6 mois + Antibiothérapie + AINS

- **Expulsion** → contrôle Rx → Traitement = ne pas réimplanter
- **Perte ou extraction de dent temporaire** → prévenir les parents et prévoir une prothèse

### 6.8.7. Urgences traumatiques en denture permanente immature

	SYMPTÔMES	TRAITEMENT
<b>FÊLURES</b> (transillumination)	Froid → légère douleur	Abstention ou pose d'un sealant
<b>FRACTURES DE L'ÉMAIL</b>	Froid (+) Percussion → légère douleur	* Perte minime → meulage + polissage * Perte plus importante → reconstitution
<b>FRACTURES AMELO - DENTINAIRES</b>	Perte de substance ± étendue Hyperesthésie Douleur à la mastication	* Protection du tissu pulpaire → nettoyage + pose (Dycal, Procal...) + composite collé * Si morceau fracturé récupéré → coller

## Fractures de l'émail, de la dentine, pulpe atteinte

Symptômes	Traitement
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Douleurs à l'inspiration</li> <li>* Point sanglant sur le trait de fracture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Exposition minime et récente → Coiffage direct CAO<sub>2</sub> + composite</li> <li>* Exposition peu étendue (&lt; 48 h) → Pulpotomie partielle + CAO<sub>2</sub> + reconstitution étanche</li> <li>* Exposition importante (&gt; 3 jours) → Pulpotomie coronaire + CAO<sub>2</sub> + IRM®</li> </ul>

	Symptômes	Traitement
<b>F. Corono radiculaires Simples</b>	Douleurs (+) mastication	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Trait superficiel → retirer fragment + hygiénothérapie + reconstitution ou collage fragment</li> <li>* Trait + profond → Gingivoplastie + reconstitution (après cicatrisation)</li> </ul>
<b>F. Corono radiculaires complexes</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Trt endodontique suivant maturation radiculaire</li> <li>* Reconstitution transitoire pour la phase de traction orthodontique qui suivra</li> </ul>
<b>Fractures radiculaires</b>	Découverte Rx (Souvent)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sans communication avec 1/2 buccal → Repositionnement + contention semi-rigide 3 mois</li> <li>* Communication avec cavité buccale → Extraction fragment coronaire + extrusion ortho du fragment apical ou extraction (racine/couronne)</li> </ul>

	<b>Symptômes</b>	<b>Traitement</b>
<b>Subluxation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Légère mobilité</li> <li>* Saignement du sulcus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ajustement de l'occlusion</li> <li>* Contention souple facultative</li> </ul>
<b>Extrusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dent très mobile</li> <li>* Dent longue</li> <li>* Saignement lad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Repositionnement</li> <li>* Contention 3 semaines</li> <li>* Antibiothérapie + AINS</li> </ul>
<b>Luxation latérale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Malposition</li> <li>* Occlusion parfois perturbée</li> <li>* Fracture alvéolaire fréquente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Anesthésie</li> <li>* Repositionnement</li> <li>* Contention 3 semaines</li> <li>* Antibiothérapie + AINS</li> </ul>

	Symptômes	Traitement
<b>Intrusion</b>	Dent plus haute ou plus basse à la mandibule	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Antibiothérapie + AINS</li> <li>* Immature → abstention + surveillance (rééruption possible)</li> <li>* Mature → repositionnement au davier + contention 3 semaines ou extrusion orthodontique</li> </ul>
<b>Expulsion</b>	Alvéole déshabillée	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Nettoyer au sérum physiologique</li> <li>* Rincer</li> <li>* Retirer le caillot</li> <li>* Replacer dent dans l'alvéole (Rx)</li> <li>* Antibio + AINS + bains de bouche</li> </ul>
<b>Fractures alvéolaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Déplacement dents et fragments osseux</li> <li>* Hématome</li> <li>* Mobilité dentaire ↗</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Anesthésie locale</li> <li>* Réduction fracture</li> <li>* Contention 4 semaines</li> <li>* Antibiothérapie + AINS</li> </ul>

78

## CONCLUSION

- les urgences entraînent un bouleversement dans l'organisation des programmes établis par le praticien du fait que le temps nécessaire pour procurer le calme au patient, doit être pris sur celui imparti à un autre malade.
- Dans le souci de ne pas trop perturber le calendrier des rendez-vous, tout en soulageant de manière efficace,
- le praticien doit résoudre un triple problème : pose de diagnostic précis, organisation rationnelle du temps de travail, efficacité de l'acte opératoire.
- Progrès de la dentisterie s'orientent vers la conservation d'un grand nombre de dents. L'extraction en état d'urgence est un acte brutal à éviter

## BIBLIOGRAPHIE

1. Aggarwal V, Singla M, Miglani S.& al. A Prospective, Randomized, Single-blind Comparative Evaluation of Anesthetic Efficacy of Posterior Superior Alveolar Nerve Blocks, Buccal Infiltrations, and Buccal Plus Palatal Infiltrations in Patients with Irreversible Pulpitis. *JOE* 2011;37:1491-94.
2. Arthaud – Ch. Ifi- Naulin. Urgences en pédodontie in Urgences bucco-dentaires avec la coordination de F. Roth, Ed Doin ; Paris 1999 : 37- 46.
3. Benzarti S, Mardassi A, Ben Mhamed R. et coll. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. *J. Tun ORL* 2007 Dec;19:24-7.
4. Colon P. Syndromes douloureux d'origine pathologique in Urgences bucco-dentaires avec la coordination de F. Roth. Ed Doin ; Paris 1999 : 27- 35.
5. Heard KJ, Ries NL, Dart RC. & al. Overuse of non-prescription analgesics by dental clinic patients. *BMC Oral Health* 2008;33(8):1-5.
6. Markus JP. Déontologie professionnelle du chirurgien-dentiste. E.M.C. Elsevier Masson SAS, Paris, Médecine buccale, 2008, 28-965-B-10.
7. Perrin D., Ahossi V., Larras P., Paris M. L'urgence en odontologie in Urgences bucco-dentaires avec la coordination de F. Roth. Ed. C. D. P ; France 2005 : 143 p.
8. Roth F. Eléments de diagnostic in Urgences bucco-dentaires avec la coordination de F. Roth. Ed Doin ; Paris 1999 : 11-25.

9. Roche Y. Traumatismes alvéolo-dentaires in Urgences bucco-dentaires avec la coordination de F. Roth. Ed Doin ; Paris 1999 : 71-83.

Shqair AQ, Gomes GB, Oliveira A. & al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. Braz Oral Res. 2012;26(1):50-6.